



CASA DE ASIGURARI DE SANATATE A JUDETULUI GORJ

Str. Prahova, nr.5, Targu Jiu, Gorj, Romania – cod postal: 210126
E-mail: office@casgorj.ro Tel.: 0253 223 940 / 0253 223 950
casj-gj@casgorj.ro 0353 805 872 / 0353 805 873
Fax: 0253 223 621 TelVerde: 0800 800 963
Operator de date cu caracter personal numarul: 374

Nr. 10389/30.06.2023

CONTRACT

**de furnizare de servicii medicale în asistența medicală pentru specialitatea
medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu nr. 2SRRS /30.06.2023**

I. Părțile contractante

Casa de Asigurari de Sanatate a Judetului Gorj, cu sediul in municipiul Tg-Jiu, CUI 11334855, str. Prahova, nr. 5, jud. Gorj, telefon 0253.223.940, 0253.223.950, fax 0253.223.621, adresă e-mail office@casgorj.ro, reprezentată prin **Director General: Ec. Fagas Carmen Amalia** și -ambulatoriul integrat din structura **SPITALULUI MUNICIPAL MOTRU**, reprezentat prin **DI. Efrim Alin Cristian** în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte, având sediul în orașul Motru, CUI 5632555, str. Carol Davilla nr. 4, județul Gorj, telefon 0253410003, fax 0253410078, e-mail: spitalmotru@yahoo.com.

II. Obiectul contractului

Art. 1. - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare acordate în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, 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 medicină fizică și de reabilitare acordate în ambulatoriu

Art. 2. - Furnizorul acordă tipurile de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu asiguraților, conform anexei nr. 10 la Ordinul 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.

Art. 3. - Furnizarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare acordate în ambulatoriu se face de către următorul personal medico sanitar:

1) Fizioterapeut

Nume: UNGUREANU Prenume: ALEX IONUT

2) Asistent balneofizioterapie

Nume: DRULA Prenume: SIMONA

3) Asistent balneofizioterapie

Nume: OSNAGA Prenume: ANA

Art. 4. - Serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare, acordate în ambulatoriu în sistemul asigurărilor de sănătate, se acordă în baza Planului de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr 1857/441/2023.

IV. Durata contractului

Art. 5. - Prezentul contract este valabil de la 1 iulie 2023 până la data de 31 decembrie 2023.

Art. 6. - Durata prezentului contract se poate prelungi, prin acordul părților, pe toată durata de aplicabilitate a 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 .

V. Obligațiile părților

Art. 7. - Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu care îndeplinesc condițiile de eligibilitate și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare, în ambulatoriu 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 normelor, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și 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 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-Cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale, cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

f) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

g) 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 sociale de sănătate;

h) 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;

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizărilor, motivarea sumelor decontate în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data comunicării sumelor; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) 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;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor numai dacă furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu au în dotare 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 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023;

l) 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 zi de tratament, în condițiile stabilite prin Ordinul 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;

m) să deconteze serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare numai pe baza planurilor eliberate de medicii de medicină fizică și de reabilitare aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

n) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, în condițiile respectării prevederilor art. 45 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

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 publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu cu care se află în relații contractuale.

Art. 8. - Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu au următoarele obligații:

a) să informeze asigurații cu privire la:

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

2. pachetul de servicii 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 țină evidența serviciilor de medicină fizică și de reabilitare, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata serviciului prin completarea unei fișe de tratament întocmită conform recomandărilor din Planul eliberat de medicul de specialitate de medicină fizică și de reabilitare;

d) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului, să acorde asiguraților serviciile prevăzute în pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

e) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul furnizorului/punctului de lucru să fie acoperit de fizioterapeut/fizioterapeuți care își desfășoară într-o formă legală profesia la furnizor/punctul de lucru respectiv;

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

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

h) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

i) să asigure acordarea de asistență medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

j) 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 informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate și să respecte specificațiile de interfațare publicate;

k) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond;

l) să acorde servicii de asistență medicală de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu asiguraților numai pe baza Planului de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în anexa nr. 11 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023; să nu acorde servicii de asistență medicală de medicină fizică și de reabilitare asiguraților în baza unui Plan de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare cu mai mult de 4 proceduri recomandate. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare acordă servicii medicale în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord. 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, serviciile se acordă pe baza Planului proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în anexa nr. 11 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023;

m) 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;

n) 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 împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) 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;

o) 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. n), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

p) 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.

q) să asigure mentenanța și întreținerea aparatelor utilizate pentru acordarea de servicii medicale, conform specificațiilor tehnice;

VI. Drepturile furnizorului de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu

Art. 9. - Furnizorul de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu are următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite 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 informat 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, în format electronic, 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;

e) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile de medicină fizică și de reabilitare - serii de proceduri de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, în condițiile stabilite prin norme;

f) să fie îndrumat în vederea aplicării corecte și unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

VII. Modalități de plată

Art. 10. - Modalitatea de plată a serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare, acordate în ambulatoriu în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical - zi de tratament, exprimat în lei, pentru seria de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare, prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul 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.

Art. 11. - (1) Valoarea contractului pentru perioada ianuarie-iunie 2023 rezultă din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Numărul de servicii –Zile de tratament Negociat (orientativ)	Tariful pe serviciu medical –zile de tratament*)	Valoare - lei -
0	1	2	3=1x2
Zile de tratament aferente seriilor de proceduri	200	28	5600
Zile de tratament aferente seriilor de proceduri	270,25	42	11350,50

*) Tariful pe serviciu medical - zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament sunt cele prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021 și au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - zi de tratament și numărului de zile de tratament pentru seria de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament.

Valoarea contractului pentru perioada iulie-decembrie 2023 rezultă din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Numărul de servicii - Zile de tratament Negociat (orientativ)	Tarif pe serviciu medical - zi de tratament*)	Valoare lei
0	1	2	3=1*2
Zile de tratament aferente seriilor de proceduri cu următoarele tarife/zi de proceduri			
50 LEI	312	50 LEI	15600
80 LEI	311,46	80 LEI	24917

*) Tarifele pe serviciu medical - zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu sunt cele prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023 și au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - zi de tratament și numărului de zile de tratament pentru seria de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare acordate în ambulatoriu în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, este de 57467,50 lei.

Art. 12. - (1) Decontarea lunară a serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare, acordate în ambulatoriu în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se face pe baza numărului de zile de tratament medicină fizică și de reabilitare realizate în ambulatoriu și a tarifului pe zi de tratament în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise de furnizori la casa de asigurări de sănătate până la data de 15 ale lunii următoare celei pentru care se face plata.

Tarifile pe zi de tratament se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 4/zi, în caz contrar tarifele se reduc după cum urmează:

- a) Tariful pe zi de tratament de 50 lei se reduce proportional conform formulei: $\text{numar proceduri recomandate si efectuate pe zi/4} \times \text{tarif pe zi de tratament}$;
- b) Tariful pe zi de tratament de 80 de lei se reduce astfel:
 1. Pentru 3 proceduri dintre care una dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54, tariful pe zi este de 67,50 lei;
 2. Pentru 2 proceduri dintre care una dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54, tariful pe zi este de 55,00 lei;
 3. Pentru o procedură dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54, tariful pe zi este de 42,50 lei;

În situația în care numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 2 sau 3 pe zi, sic el puțin două sunt dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54, tariful pe zi de tratament este de 80 lei/zi.

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

Valoarea lunară de contract poate fi depășită cu maximum 10% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare, cu excepția lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situație, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv.

În situația în care la unii furnizori de servicii de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate față de suma trimestrială prevăzută în contract/act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/act adițional valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu care în același trimestru și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs până la sfârșitul trimestrului pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Dacă din valoarea trimestrială de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5%, se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se găsesc în situația în care suma neconsumată se încadrează în procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiași furnizor în trimestrul următor.

În trimestrul IV, al anului calendaristic în situația în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu se înregistrează la sfârșitul fiecărei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract. Dacă din valoarea lunară de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5%, se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se găsesc în situația în care suma neconsumată se încadrează în procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiași furnizor în luna următoare.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează

proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs și până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

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

**Suma anuală contractată este de 57467,50 lei,
din care:**

Suma aferenta trimestrului I 2023 este 8274,00 lei, din care:

- luna Ianuarie 2023 : 2688,00 lei
- luna Februarie 2023 : 2814,00 lei
- luna Martie 2023 : 2772,00 lei

Suma aferenta trimestrului II 2023 este 8676,50 lei, din care:

- luna Aprilie 2023 : 3199,00 lei
- luna Mai 2023 : 2905,00 lei
- luna Iunie 2023 : 2572,50 lei

- Suma aferentă trimestrului III 2023 20730 lei din care:

- luna iulie 2023 6910 lei
- luna august 2023 6910 lei
- luna septembrie 2023 6910 lei

- Suma aferentă trimestrului IV 2023 19787 lei din care:

- luna octombrie 2023 6910 lei
- luna noiembrie 2023 6442 lei
- luna decembrie 2023 6435 lei.

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare punct de lucru cu care s-a încheiat contractul:

a) Fizioterapeut

Nume: UNGUREANU Prenume: ALEX IONUT

Grad profesional: -

Cod numeric personal: 1980322180021

Program zilnic de activitate: Luni: - Vineri: 7 ORE/ZI

b) Asistent balneofizioterapie

Nume: DRULA Prenume: SIMONA

Grad profesional: -

Cod numeric personal: 2780513180017

Program zilnic de activitate: Luni: - Vineri: 8 ORE/ZI

c) Maseur

Nume: OSNAGA Prenume: ANA

Grad profesional: -

Cod numeric personal: 2761228180011

Program zilnic de activitate: Luni: - Vineri: 8 ORE/ZI

NOTA

În cazul ambulatoriului integrat al spitalului și din centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică organizat în structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit în ambulatoriului integrat al spitalului, precum și cu datele aferente tuturor persoanelor care își desfășoară activitatea în sistem integrat și în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului.

Art. 13. - Plata serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu, acordate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, se face în contul nr. RO53TREZ33821F332100XXXX, deschis la Trezoreria statului Motru.

VIII. Calitatea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu

Art. 14. - Serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu, furnizate în baza prezentului contract, trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

IX. Răspunderea contractuală

Art. 15. - Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Art. 16. - Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar, se aplică prevederile legislației în vigoare.

X. Clauze speciale

Art. 17. - Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, mari inundații, embargo.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

Art. 18. - Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

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

Art. 19. - (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu aferente lunii în care s-au produs aceste situații, pentru fiecare dintre aceste situații,

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu aferente lunii în care s-au produs aceste situații, pentru fiecare dintre aceste situații;

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 8 lit. a), c), d), g), i), j), m) și

p) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se va diminua cu 3% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

c) la a treia constatare se va diminua cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

(3) În cazul în care în perioada derulării contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente că 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 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 obligației prevăzută la art. 8 lit. f), h) și k) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

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

(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 servicii 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 deține 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 a 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 evidența distinct pe fiecare furnizor, după caz.

(10) Recuperarea sumei potrivit 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. 20. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea/retragerea/anularea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 42 alin. (1) lit. b) - e) 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/retragerii/anulării acestora;

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 30 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 cabinetului medical individual până la încetarea suspendării acestei calități/exercițiul al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație.

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că autorizația de liberă practică eliberată de Colegiul Fizioterapeuților din România/ certificat de membru OAMGMAMR nu este avizată/ avizat pe perioada cât fizioterapeutul/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;

f) la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile pe an calendaristic, în situații care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului.

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

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - f), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare.

(4) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. f) 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. 21. - Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acesteia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilității/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisurii în procesul de acreditare a furnizorului;

e) 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 personalului medico-sanitar, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestora; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a fizioterapeutului /personalului medico-sanitar timp de 3 zile consecutive;

h) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 19 alin. (1) - (4).

Art. 22. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, desființare sau transformare a furnizorului de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu, după caz; a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

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

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu 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. 20 alin. (1) lit. a), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/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.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică potrivit prevederilor alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

Art. 23. - (1) Situațiile prevăzute la art. 21 și la art. 22 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 22 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 24. - Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante datorită neîndeplinirii obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

XII. Corespondența

Art. 25. - 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 - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul furnizorului declarat în contract.

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

XIII. Modificarea contractului

Art. 26. - 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 3 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

Art. 27. - (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contractuale se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistența de medicină fizică și de reabilitare, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

Art. 28. - Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

XIV. Soluționarea litigiilor

Art. 29. - (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XV. Alte clauze

ART. 30 Valoarea prezentului contract include si sumele validate si decontate aferente lunilor ianuarie 2023– iunie 2023.

ART. 31 Decontarea serviciilor medicale contractate se realizeaza in limitele prevederilor bugetare trimestriale aprobate, precum si a creditelor bugetare deschise de ordonatorul principal de credite.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi 30.06.2023, în două exemplare a câte 12 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE GORJ

**Director General,
EC. FAGAS CARMEN AMALIA**

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

**Manager ,
DR. Alin Cristian Efrim**

**p.Director Directia Economica,
EC. COSMIN PETRISOR PISTOL**

**Director Financiar-Contabil,
EC. Sabina Lapadat**

**Director Directia Relatii Contractuale,
EC. SURLEA DANIEL CONSTANTIN**

Director Medical,

**Vizat,
Compartimentul juridic contencios administrativ**

“Certificat în privința realității,
regularității și legalității”
Numele Bulugean Lavinia
An 2023 lună 06 ziua 30
Semnătura.....

Casa de Asigurari de Sanatate a Județ ului Gorj
„Vizat pentru control financiar preventiv propriu”
30.06.2023
Semnătura.....