

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești nr. VII/SP/01

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA TIMISOARA depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.30/15.06.2011 si 14596/14.06.2011,
- actul de înființare sau de organizare a unității sanitare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară, după caz, disp.165/01.06.2004
- dovada de evaluare a furnizorului nr. 54/30.04.2010 valabilă la data încheierii contractului
 - cod de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare 4663448
 - contul nr. RO62TREZ6215041XXX000497 deschis Trezoreria Timisoara,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, nr. BB0008110023214/12.01.2011,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului DA;
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr. 94630/09.06.2011
- copie a ordinului ministrului sănătății privind clasificarea spitalului ordin 603/23.05.2011
- lista afecțiunilor care nu pot fi monitorizate în ambulatoriu și impun internarea, conform prevederilor art. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare DA.
- lista materialelor sanitare și a medicamentelor - denumiri comune internaționale (DCI) și forma farmaceutică - utilizate pe perioada spitalizării, cu menționarea DCI-urilor care pot fi recomandate cu aprobarea medicului șef de secție sau cu aprobarea consiliului medical DA,
- structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de către Ministerul Sănătății, în condițiile legii, în vigoare la data încheierii contractului DA, ORD.475/20.05.2010,
- documente necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, conform anexei nr. 16A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 864/538/2011 cu modificările și completările ulterioare pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările și completările ulterioare DA.
- indicatorii specifici stabiliți prin anexa nr. 17 la la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 864/538/2011 cu modificările și completările ulterioare pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a

Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare DA.

- indicatorii de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manageri interimari DA.

- declarația pe propria răspundere a managerului spitalului că folosește protocoalele terapeutice proprii, elaborate și validate conform prevederilor legale în vigoare DA;

- documentul prin care spitalul face dovada asigurării continuității asistenței medicale cu cel puțin o linie de gardă organizată și aprobată conform prevederilor legale în vigoare, cu excepția spitalelor de specialitate și a spitalelor pentru bolnavi cu afecțiuni cronice disp.343/15.11.2004; 4239/28.03.2008;9941/24.06.2008; 1727/12.02.2008.

- declarație pe proprie răspundere pentru medicii care se vor afla sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate că își desfășoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 62 alin. (2) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare DA.

- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor DA

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

**Act aditional nr. VII/SP/01/f/30.06.2011
la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti
nr. VII/SP/01/30.06.2011**

privind sumele pentru investigatii paraclinice efectuate in regim ambulatoriu, finantate din fondul asistentei medicale spitalicesti pentru serviciile medicale paraclinice

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate CAS Timis, cu sediul în municipiul/orașul Timișoara, str. Corbului, nr. 4, județul/sectorul Timis, telefon 0256.201.772, fax 0256.492.115, reprezentată prin președinte - director general **CALIN CRISTIAN CAREBA**,

și

Laboratoare din structura **Spitalului Clinic Judetean de Urgenta Timisoara** având sediul în municipiul Timisoara, Bld. Dr. Iosif Bulbuca nr. 10, județul Timis, telefon 0356-433121, mobil 0748331206, adresă de e-mail: judetean@hosptm.ro, fax 0256-486956 reprezentat prin **Asist. Univ. dr. Gheorghe Noditi**, în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, în următoarele specialități:

a) LABORATOR DE ANALIZE MEDICALE

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice se face de către următorii medici:

a) Medic

Nume: **PAUN** Prenume: **CAMELIA**
Specialitatea: **LABORATOR CLINIC**
Cod numeric personal: **2540424354741**

Codul de parafă al medicului: **694630**

Program zilnic de activitate **Luni 8-15; Marti 8-15; Miercuri 8-15; Joi 8-15; Vineri 8-15;**

b) **Medic**

Nume: **TUTELCA** Prenume: **ANCUTA LETITIA**

Specialitatea: **MEDICINA DE LABORATOR**

Cod numeric personal: **2740404180018**

Codul de parafă al medicului: **C12404**

Program zilnic de activitate **Luni 8-15; Marti 8-15; Miercuri 8-15; Joi 8-15; Vineri 8-15;**

c) **Medic**

Nume: **FIRESCU** Prenume: **CATALINA**

Specialitatea: **LABORATOR CLINIC, BIOCHIMIE, MICROBIOLOGIE, PARAZITOLOGIE, HEMATOLOGIE**

Cod numeric personal: **2640702163202**

Codul de parafă al medicului: **551507**

Program zilnic de activitate **Luni 8-15; Marti 8-15; Miercuri 8-15; Joi 8-15; Vineri 8-15;**

d) **Medic**

Nume: **HAIVAS** Prenume: **CARMEN**

Specialitatea: **MEDICINA DE LABORATOR**

Cod numeric personal: **2621015070034**

Codul de parafă al medicului: **434945**

Program zilnic de activitate **Luni 11.30-15; Marti 11.30-15; Miercuri 11.30-15; Joi 11.30-15; Vineri 11.30-15.**

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la 01.07.2011 până la 31 decembrie 2011.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

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 paraclinice, autorizați și evaluați 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, 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 furnizorului de servicii medicale paraclinice, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, prezentate atât pe suport de 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 Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorul de servicii medicale paraclinice în asistența medicală ambulatorie de specialitate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate 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 pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale paraclinice 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;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice și numai în condițiile în care furnizorul respectiv nu are contract încheiat și cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Comunicațiilor și Turismului;

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

h) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

i) să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice acordate de medici conform specialității confirmate prin ordin al ministrului sănătății și de alt personal cu studii superioare de specialitate, dacă au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012,

aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

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

k) să contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv să deconteze serviciile medicale paraclinice efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale paraclinice pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice și ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct pentru asigurați, conform prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare.

f) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

h1) 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. 39 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, program asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

h2) programul de lucru va avea avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

- i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului;
- j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- k) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenței și a dotărilor existente;
- l) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;
- m) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
- n) să asigure acordarea serviciilor medicale paraclinice titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, după caz, 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;
- o) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;
- p) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;
- q) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriul care a făcut recomandarea investigațiilor medicale paraclinice, acesta având obligația de a transmite rezultatele investigațiilor medicale paraclinice, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;
- r) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;
- s) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;
- t) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază;
- u) să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu

condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;

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

x) să utilizeze numai reactivi care au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică corectă și la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

y) să facă mentenanța și întreținerea aparatelor din laboratoarele de investigații medicale paraclinice – analize medicale de laborator conform specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă conform standardului de calitate SR EN ISO 15189 și SR EN ISO17025;

z) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecție, în condițiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, pe toată perioada de derulare a contractului; pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice – analize medicale de laborator, lista de analize medicale care însoțește certificatul de acreditare reprezintă cel puțin 50% din analizele medicale de laborator prevăzute în pachetul de servicii medicale paraclinice de bază;

w) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

aa) să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

ab) să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

ac) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

ad) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice - cu privire la tipul și cantitatea reactivilor achiziționați și care au fost utilizați pentru toate investigațiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul - investigații medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum și pentru orice alte investigații, efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul;

ae) să asigure prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, respectiv a unui medic de radiologie și imagistică medicală, în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală/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;

af) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform

prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv(e), în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzută în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

ag) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigațiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate și limitele de normalitate ale acestora;

ah) să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală, în conformitate cu specificațiile tehnice ale aparatului și în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, pentru asigurații cărora le-au furnizat aceste servicii;

ai) să nu încheie contracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția furnizorilor de servicii conexe actului medical, organizați conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată și modificată prin Legea nr. 598/2001;

aj) 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;

ak) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

al) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

VI. Modalități de plată

ART. 8 Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical exprimat în lei.

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Tarif negociat	Numar de servicii negociat*)	Total lei (col.2 x col.3)
0	1	2	3	4
1.	Laborator de analize medicale			259.390,68
	Total	x	x	259.390,68

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

Tarifele negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile medicale paraclinice cu toți furnizorii.

Suma anuală contractată este **259.390,68 lei**,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I **78.536,79 lei**,

- Suma aferentă trimestrului II **84.114,17 lei**,

din care:

- luna IV 28.261,32 lei

- luna V 28.261,32 lei

- luna VI 27.591,53 lei

- Suma aferentă trimestrului III **64.500 lei**,

din care:

- luna VII 21.500 lei

- luna VIII 21.500 lei

- luna IX 21.500 lei

- Suma aferentă trimestrului IV **32.239,72 lei**,

din care:

- luna X 21.500 lei

- luna XI 10.000 lei

- luna XII 739,72 lei.

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

ART. 9 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 depun la casa de asigurări de sănătate până la data de 7 a lunii.

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

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10 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. 11 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

IX. Clauze speciale

ART. 12 (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 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.

(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 rezoluțiunea contractului.

ART. 13 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.

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

ART. 14 (1) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), j), l), m), o), r), și s) se va diminua contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situații, după cum urmează:

- a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la 7 lit. a), c), i), k), n), p), t) și w) precum și constatarea în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate – cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 30% contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) Reținerea sumelor conform prevederilor alin. (1) și (2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) și (2) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare furnizor, după caz.

(5) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) și (2) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 15 Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a casei 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 paraclinice 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 acestora;
- d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;
- e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;
- f) la a doua constatare a nerespectării a oricăreia dintre obligațiile contractuale prevăzute la art. 7 lit. a), c), i), k), n), p), t) și w) precum și 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) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), h 1), j), l), m), o) și s);
- h) în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 7 lit. ae); 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) refuzul furnizorului de servicii medicale paraclinice de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale casei de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;
- j) 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 casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract;
- k) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative menționate la art.7 lit. ad);
- l) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare și a obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. q), x), y), z), ac), ag), ah) și

ai).

m) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzută la art. 14 alin. (1), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii de la art. 14 alin. (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) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1) de câte 3 ori pe an 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 de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

ART. 16 (1) Contractul încetează la data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

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

- a1) furnizorul de servicii medicale paraclinice 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, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale paraclinice după caz;
 - a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
 - a4) a survenit decesul titularului laboratoarelor medicale individuale;
 - 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. 17 alin. (1) lit. a) din prezentul contract, cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, 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, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract 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 contractul încetează/se modifica din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (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 încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intra în relații contractuale cu aceeași casa de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2), (3) și (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare / punctele de lucru, după caz.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare și nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 lit. ak) din prezentul contract, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/ revocării acestuia;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

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 al medicului titular al laboratorului medical individual; 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 și care se află în această situație;

e) în situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor;

f) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a termenelor de plată a contribuției la Fond, constată de către casele de asigurări de sănătate din evidențele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care

contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 18 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 reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. e), j), condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. f) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. i) a art. 7, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. g) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. e), f) și s) ale art. 7 - se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la art. 15 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. Prevederile art. 16 și 17 referitoare la condițiile de încetare, respectiv suspendare, se aplică societății comerciale furnizoare de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

ART. 19 (1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a2, a3, a4, 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. 16 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.

XI. Corespondența

ART. 20 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. 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 10 zile înainte de la care se dorește modificarea.

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

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 24 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate 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.

XIV. Alte clauze

Decontarea serviciilor medicale se va efectua în limita prevederilor bugetare aprobate, a sumei contractate și a deschiderii de credite lunare aprobate.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi 30.06.2011, în două exemplare a câte 14 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,
Calin Cristian Careba

Director economic,
Ec. Gratiela Los

Director relații contractuale,
Dr. Constantin Damian

Vizat
Compartiment juridic-contencios
Cons. Jur. Viorica Tiriteu

Spitalul Clinic Judetean de Urgenta

Timisoara
Manager,

Asist. Univ. dr. Gheorghe Noditi

Director medical,
Dr. Radu Prăbeanu

Director financiar-contabil,

ANEXA 1

la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice
nr. VII/SP/01/f/30.06.2011

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- cerere/solicitare pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. 19/15.06.2011 14815/15.06.2011,
- cont nr. RO62TREZ6215041XXX000497, deschis la Trezoreria Statului - Timisoara,
- codul de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare 4663448;
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, BB0008110023214/12.01.2011,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medicosanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în contract funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului, da;
- dovada de evaluare a furnizorului nr. 140/19.12.2009, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare, 94630/09.06.2011;
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România, pentru fiecare medic, da;
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar, valabil la data încheierii contractului, da;
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici, biologi, chimiști, biochimiști, da;
- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor, da;
- programul de activitate al laboratorului/punctului de lucru, programul de personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor, da;
- avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz; 2077/20.05.2010, 2078/20.05.2010, 907/01.04.2011;
- certificat de acreditare nr. 618/09.05.2011, în conformitate cu standardul SR EN ISO/CEI 17025 / SR EN ISO/CEI 15189, însoțit de anexa care cuprinde lista analizelor medicale de laborator pentru care laboratorul este acreditat, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice – analize de laborator;
- dovada participării la schemele de testare a competenței pentru laboratoarele de analize medicale nr. 625/01.12.2010,
- declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate (modelul din anexa nr. 8 B) da;
- documentele necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selecție conform condițiilor stabilite prin norme, precum și următoarele documente: da

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

SERVICII MEDICALE PARACLINICE CONTRACTATE
PE PERIOADA IUNIE-DECEMBRIE 2011

Nr. crt.	Cod	Denumirea analizei	Estimare numar investigatii iunie-decembrie 2011	Tarif contractat	Valoare totala
0	1	2	3	4	5=3*4
- Hematologie					
1	8070	Hemoleucograma completa - hemoglobina, hematocrit, numaratoare eritrocite, numaratoare leucocite, numaratoare trombocite, numaratoare reticulocite**, formula leucocitara, indici eritrocitari *1)	900	12,41	11.169,00
2	8030	Examen citologic al frotiului sanguin*3)	8	16,48	131,84
3	8100	VSH*1)	601	2,33	1.400,33
4	8621	Timp Quick, activitate de protrombina*1)	70	6,39	447,30
5	8603	INR*1) (International Normalised Ratio)	299	7,55	2.257,45
6	8622	APTT	8	10,89	87,12
7	8211	Determinare la gravida a grupului sanguin ABO*1)	15	6,68	100,20
8	8212	Determinare la gravida a grupului sanguin Rh *1)	15	6,97	104,55
9	8230	Anticorpi specifici anti Rh la gravida*1)	5	6,68	33,40
- Biochimie					
10	1120	Uree serica*1)	600	5,19	3.114,00
11	1130	Acid uric seric*1)	500	5,19	2.595,00
12	1140	Creatinina serica*1), **)	700	5,24	3.668,00
13	1510	Calciu ionic seric*1)	200	6,97	1.394,00
14	1511	Calciu seric total*1)	300	4,75	1.425,00
15	1570	Magneziemie*1)	200	4,75	950,00
16	8390	Sideremie*1)	300	6,29	1.887,00
17	1310	Glicemie*1)	1200	5,08	6.096,00
18	1420	Colesterol seric total*1)	800	5,08	4.064,00
19	1404	Trigliceride serice*1)	800	6,23	4.984,00
20	1441	HDL colesterol *1)	300	7,25	2.175,00
21	1443	LDL *1)	300	6,81	2.043,00
22	1020	Proteine totale serice*1)	200	6,23	1.246,00
23	4600	TGO*1)	800	5,16	4.128,00
24	4610	TGP*1)	800	5,19	4.152,00
25	4720	Fosfataza alcalina*1)	300	6,90	2.070,00
26	3210	Fibrinogenemie*1)	300	12,11	3.633,00
27	4680	Gama GT	100	7,08	708,00
28	1015	Bilirubina totala*1)	90	5,19	467,10
29	1016	Bilirubina directa*1)	52	5,19	269,88
30	4961	Electroforeza proteinelor serice*1)	120	13,45	1.614,00
31	6021	VDR*1)	40	4,86	194,40
32	6022	RPR*1)	15	4,85	72,75
33	6023	Confirmare TPHA*1), *4)	5	10,88	54,40
34	1026	Hemoglobina glicozilata*5)	2	18,05	36,10
- Imunologie					
35	6250	ASLO*1)	300	10,17	3.051,00
36	6692	Factor reumatoid	29	8,27	239,83
37	6691	Proteina C reactiva*1)	250	9,44	2.360,00
38	6731	IgA, seric	30	13,07	392,10
39	6732	IgE seric	30	12,65	379,50
40	6733	IgM seric	30	13,37	401,10
41	6734	IgG seric	30	13,07	392,10
42	43001	1 Complement seric C3	2	9,60	19,20
43	43001	2 Complement seric C4	3	9,60	28,80
44	6206	Depistare Helicobacter Pylori	150	19,11	2.866,50
45	5560	Testare HIV la gravida*1)	50	29,47	1.473,50
46	4060	TSH	250	18,15	4.537,50
47	4040	FT4	250	18,44	4.610,00
48	6392	Ag HBs (screening)*2)	60	27,58	1.654,80
49	6201	Anti-HAV IgM*2)	2	36,28	72,56
50	6204	Anti HCV*2)	60	57,46	3.447,60
51	4321	FSH	60	21,09	1.265,40
52	4322	LH	60	21,09	1.265,40

Nr. crt.	Cod	Denumirea analizei	Estimare numar investigatii iunie-decembrie 2011	Tarif contractat	Valoare totala
0	1	2	3	4	5=3*4
53	2 . 4 3 2 3	Estradiol	60	21,09	1.265,40
54	2 . 4 3 0 0	Cortizol	30	24,67	740,10
55	2 . 4 3 3 2	Progesteron	60	22,41	1.344,60
56	2 . 4 3 3 1	Prolactina	30	22,41	672,30
57	2 . 4 3 1 3 5	PSA	20	20,43	408,60
58	2 . 4 3 1 3 6	free PSA	5	20,90	104,50
- Exudat faringian					
59	2 . 5 0 6 1	Cultura*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	400	14,67	5.868,00
- Analize de urina					
60	2 . 3 4 5 0	Examen complet de urina (sumar + sediment)*1)	560	8,27	4.631,20
61	2 . 5 0 6 3	Urocultura*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	500	14,67	7.335,00
62	2 . 2 2 0 0	Determinare glucoza urinara*1)	5	4,75	23,75
63	2 . 2 0 3 0	Determinare proteine urinare*1)	60	4,75	285,00
- Examine materii fecale					
64	2 . 7 1 2 0	Examen coproparazitologic (3 probe)*1)	150	11,03	1.654,50
65	2 . 5 0 6 4	Coprocultura*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	20	20,11	402,20
- Examine din secretii vaginale					
66	2 . 5 0 0 2	Examen microscopic	5	4,28	21,40
67	2 . 9 1 6 0	Examen Babeş-Papanicolau*1)		34,84	0,00
68	2 . 5 0 6 5	Cultura (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	5	14,67	73,35
- Examine din secretii uretrale, otice, nazale, conjunctivale si puroi					
69	2 . 5 0 3 2	Examen microscopic / proba	5	4,28	21,40
70	2 . 5 0 6 6	Cultura, cultura germeni anaerobi (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive) / proba	150	14,67	2.200,50
- Examen lichid punctie					
71	2 . 5 0 3 3	Examen microscopic/frotiu	5	4,28	21,40
72	2 . 5 0 6 7	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	2	14,67	29,34
- Examinari histopatologice					
73	2 . 9 0 0 0	Piesa prelucrata la parafina		27,14	0,00
74	2 . 9 0 2 1	Bloc inclus la parafina cu diagnostic histopatologic		35,70	0,00
75	2 . 9 0 2 0	Diagnostic histopatologic pe lama		16,11	0,00
76	2 . 9 0 1 0	Examen histopatologic cu coloratii speciale		110,01	0,00
77	2 . 9 0 2 2	Citodiagnostic sputa prin incluzii parafina		28,98	0,00
78	2 . 9 0 2 3	Citodiagnostic secretie vaginala		28,98	0,00
79	2 . 9 0 2 4	Examen citohormonal		26,86	0,00
80	2 . 9 0 2 5	Citodiagnostic lichid de punctie		28,98	0,00
81	2 . 9 0 3 0	Teste imunohistochimice*)		84,09	0,00
T/Lab.					124.331,25

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE
PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL
Călin Cristian Careba

DIRECTOR ECONOMIC
Ec. Grația Loș

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE
Dr. Constantin Damian

VIZAT
COMPARTIMENT JURIDIC-CONTENCIOS
Cons. Jur. Viorea Tirteu

SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENTĂ TIMIȘOARA
Manager
Asist. Univ. Dr. Gheorghe Nodit

DIRECTOR MEDICAL
Dr. Radu Prejbeanu

DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL