



Stampa și semnătura:

11 / 12 / 22

CASA JUDEȚEANĂ DE  
ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
IEȘIRE Nr. 10521  
Zi 29 Lună 11 An 2011

**ACT ADIȚIONAL**  
nr. 3 din 29.11.2011  
R03

la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești,

**Art.I** În conformitate cu art. 21, alin. (2) din contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești și ținând cont de adresa președintelui CNAS nr. NLD/8853/29.11.2011, înregistrată la C.A.S. Constanța sub nr. 10517/29.11.2011, se modifică art. 7 alineat 1, 3 și 4 din contract și vor avea următorul cuprins :

**Art. 7. - (1)** Valoarea totală contractată se constituie din următoarele sume, după caz:

b) Suma pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății, după caz) din alte spitale, care se stabilește astfel:

Secția/ Compartimentul	Nr. cazuri externate	Durată optimă de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată*)	Tarif pe zi de spitalizare/ secție/ compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
Recuperare medicină fizică și balneologie	X	12	200,00	7.117.200,00
<b>TOTAL</b>	<b>X</b>	<b>12</b>	<b>200,00</b>	<b>7.117.200,00</b>

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2011 este de 7.117.200,00 lei.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2011 se defalchează lunar și trimestrial după cum urmează:

Suma aferentă trimestrului I 1.750.000,00 lei, din care:

- luna I 580.800,00 lei
- luna II 580.800,00 lei
- luna III 588.400,00 lei

Suma aferentă trimestrului II 1.760.000,00 lei, din care:

- luna IV 550.000,00 lei
- luna V 510.000,00 lei
- luna VI 700.000,00 lei

Suma aferentă trimestrului III 1.944.000,00 lei, din care:

- luna VII 648.000,00 lei
- luna VIII 648.000,00 lei
- luna IX 648.000,00 lei

Suma aferentă trimestrului IV 1.663.200,00 lei, din care:

- luna X 528.000,00 lei
- luna XI 568.800,00 lei
- luna XII 566.400,00 lei.

**Art.II** Celelalte prevederi ale contractului rămân neschimbate.

Art.III Prezentul act adițional a fost încheiat la data de 29.11.2011, la sediul CAS Constanța, în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte și intră în vigoare începând cu data semnării.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
CONSTANȚA

Președinte / Director general  
Learciu Dumitru Dan

Director Direcția Economică  
Ec. Ciobanu Marinela

Director Direcția Relații Contractuale  
Dr. Belu Nicolae

Vizat

Compartiment Juridic, Contencios

C. jr. Maxim Carmen Laura

SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE, MEDICINĂ-FIZICĂ  
ȘI BALNEOLOGIE EFORIE NORD

Manager,  
Ec. Mărgărit Elena Florentina

Director financiar-contabil  
Ec. Iatan Gheorghe

Director medical  
Dr. Maria Beșcucă





## CONTRACT

**de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică și balneologie (pentru unitățile sanitare ambulatorii de recuperare)**

**R03**

### I. Părțile contractante

**Casa de Asigurări de Sănătate Constanța**, cu sediul în municipiul Constanța, bd. Mamaia, nr. 57, județul Constanța, telefon 0241.54.55.13, 0241.54.55.73, fax 0241.52.00.83, reprezentată prin Președinte - Director General Dumitru Daniel Learciu,

și

- ambulatoriul integrat din structura Spitalului Clinic de Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie, reprezentat prin dr. Ivașcu Aurelian în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte, având sediul în Eforie Nord, al. Specială nr. 1, telefon fix/mobil 0241/480070, fax 0241/480073, e-mail secretariat@efosan.ro.

### II. Obiectul contractului

**Art. 1.** - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, 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 recuperare, medicină fizică și balneologie acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare**

**Art. 2.** - Furnizorul acordă tipurile de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie asiguraților, conform anexei nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 864/538/2011 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.

**Art. 3.** - Furnizarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare, se face de către următorii medici:

1. Georgescu Petrică Antoniu;
2. Groza Ioan;
3. Gavrilă Elena;
4. Tănase Sia.

**Art. 4.** - Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul asigurărilor de sănătate, se acordă în baza biletului de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul de specialitate din spital, aflați în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare, medicină fizică și balneologie.

### IV. Durata contractului

**Art. 5.** - Prezentul contract este valabil de la data de 01 iulie 2011 până la data de 31 decembrie 2011.

**Art. 6.** - 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

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

1. să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, 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;
2. să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, la termenele prevăzute în prezentul contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie 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, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, în limita valorii de contract;
3. să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie 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 casei de asigurări de sănătate ;
4. să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din 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, furnizorul de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie 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 email la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepția situațiilor impuse de actele normative;
5. să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să 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 casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;
6. să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală, a unor materiale sanitare și dispozitivele medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;
7. să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă al medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.
8. să deconteze contravaloarea serviciilor medicale numai dacă medicii au competența legală necesară și 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 de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului-nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;
9. să deconteze serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special unice pe țară utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;
10. să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, contravaloarea

serviciilor acordate asiguraților, în condițiile respectării prevederilor de la art. 45 alin.(3) din Contractul-cadru pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

11. 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.

**Art. 8.** - Furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie are următoarele obligații:

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

2. să informeze asigurații cu privire la și obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

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

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

5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de recuperare a sănătății potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

6. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

7. 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;

8. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

9.a) 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 nr. 864/538/2011 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, program asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

9.b) programul de lucru va avea avizul conform al direcției de sănătate publică, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

10. să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului;

11. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

12. să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

13. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe țară și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul;

14. să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

15. 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;

16. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite 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;

17. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;

18. să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

19. să asigure acordarea asistenței medicale necesare 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;

20. 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;

21. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și în normele metodologice de aplicare a acestuia;

22. să acorde servicii de asistență medicală de recuperare, medicină fizică și balneologie asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor cronice prevăzute în norme, pentru care se organizează evidența distinctă la nivelul medicului de familie și al medicului de specialitate din ambulatoriu, și afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate și pentru care asiguratul are stabilit un plan de monitorizare și tratament pentru minimum 6 luni. Lista cuprinzând afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice se stabilește 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 Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai 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, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală de recuperare, medicină fizică și balneologie solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale.

23. să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală după caz, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul de scrisoare medicală este prevăzut 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.

24. să utilizeze pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală și după caz, a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și a recomandărilor pentru investigații medicale paraclinice, numai formularele cu regim special aprobate, conform reglementărilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat;

25. să întocmească liste de prioritate pentru servicii medicale programabile, dacă este cazul;

26. să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;

27. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază;

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

29. 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;

30. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, prescripție medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

31. să recomande asiguraților tratamentul adecvat și eficient, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

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

33. să raporteze în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecțiuni cronice aflați în evidența proprie și lunar mișcarea acestora;

34. să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate.

35. 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;

36. 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;

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

#### VI. Modalități de plată

**Art. 9.** - Modalitatea de plată a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical - consultație și tariful pe caz, exprimat în lei, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 864/538/2011 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.

**Art. 10.** - (1) Valoarea contractului rezultă din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Numarul de servicii negociat (orientativ)	Tariful pe serviciu medical - consultatie*/caz* - lei -	Valoare
0	1	2	3 = 1 X 2
Servicii medicale - consultatii	2.490	10,00	24.900,00
Servicii medicale - cazuri	2.130	140,00	298.200,00

\* Tariful pe serviciu medical - consultație și tariful pe serviciu medical - caz sunt cele prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 864/538/2011 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 și au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații și numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică și balneologie; în situația în care baza de tratament nu se află în structura rețelei sanitare din subordinea Ministerului Sănătății sau aparține unor ministere cu rețele sanitare proprii, casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea serviciilor medicale - consultații și numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică și balneologie la nivelul tarifelor din anexa nr. 7 la ordin, diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării și administrării unităților, respectiv se acordă sumele reprezentând manopera, medicamentele și materialele sanitare.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate în unitățile sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, este de **323.100,00 lei**.

**Art. 11. - (1)** Decontarea lunară a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate în unitățile sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se face pe baza numărului de servicii medicale consultații și a numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică și balneologie realizate și a tarifelor pe serviciu medical - consultație și a tarifului pe serviciu - medical - caz, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse de furnizori la casa de asigurări de sănătate până la data de 10 a lunii.

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8.5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o luna mai mic de 8.5 decontarea se face conform formulei: Tarif contractat (140 lei) x număr total zile realizate / 10 (număr mediu zile de tratament contractat)

În situația în care o cură de recuperare, medicină fizică și balneologie se întrerupe, furnizorul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuate față de cel recomandat. O cură de tratament de recuperare, medicină fizică și balneologie întreruptă se consideră o cură finalizată.

Cura de recuperare, medicină fizică și balneologie în ambulatoriu se decontează în luna următoare celei în care a fost finalizată această cură.

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

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

Suma anuală contractată este de **323.100,00 lei**, din care:

Suma aferentă trimestrului I 14.350,00 lei, din care:

- luna I 1.970,00 lei

- luna II 7.400,00 lei

- luna III 4.980,00 lei

Suma aferentă trimestrului II 75.650,00 lei, din care:

- luna IV 17.800,00 lei

- luna V 17.850,00 lei

- luna VI 40.000,00 lei

Suma aferentă trimestrului III 135.000,00 lei, din care:

- luna VII 45.000,00 lei

- luna VIII 45.000,00 lei

- luna IX 45.000,00 lei

Suma aferentă trimestrului IV 98.100,00 lei, din care:

- luna X 45.000,00 lei

- luna XI 30.000,00 lei

- luna XII 23.100,00 lei.

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical\*) și fiecare medic de recuperare, medicină fizică și balneologie din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:



**a) Medic**

Nume: Georgescu Prenume: Petrică Antoniu

Grad profesional: medic primar

Cod numeric personal: 1501017131235

Codul de parafă al medicului: 720582

Program zilnic de activitate 7 ore/zi

**b) Medic**

Nume: Groza Prenume: Ioan

Grad profesional: medic primar

Cod numeric personal: 1480202131258

Codul de parafă al medicului: 191086

Program zilnic de activitate 7 ore/zi

**c) Medic**

Nume: Gavrilă Prenume: Elena

Grad profesional: medic primar

Cod numeric personal: 2480313131235

Codul de parafă al medicului: 467034

Program zilnic de activitate 7 ore/zi

**d) Medic**

Nume: Tănase Prenume: Sia

Grad profesional: medic specialist

Cod numeric personal: 2510704131287

Codul de parafă al medicului: 196276

Program zilnic de activitate 7 ore/zi

**\*)** În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat.

**Art. 12.** - Plata serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul de asigurări sociale de sănătate, se face în contul nr. RO39TREZ2365041XXX000046, deschis la Trezoreria Eforie.

**VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie**

**Art. 13.** - Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, furnizate în baza prezentului contract, trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

**VIII. Răspunderea contractuală**

**Art. 14.** - Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

**Art. 15.** - Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie 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.

**IX. Clauze speciale**

**Art. 16.** - 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. 17.** - 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.

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

**Art. 18.** - (1) În cazul în care se constată: nerespectarea programului de lucru stabilit conform prezentului contract, prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se diminuează contravaloarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie aferente lunii în care s-au produs aceste situații, pentru fiecare dintre 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 se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 8 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 18, 21, 25 și 26 se va diminua contravaloarea serviciilor de de recuperare, medicină fizică și balneologie aferente lunii în care s-au înregistrat 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%.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 8 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 20 și 27 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 de recuperare, medicină fizică și balneologie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

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

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) și (2) și (3) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(6) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) și (2) și (3) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1), (2) și (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(8) În cazul în care se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 8 pct. 33, consultațiile, respectiv serviciile raportate pentru asigurații cu afecțiuni confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se decontează de casa de asigurări de sănătate;

**Art. 19.** - Contractul de furnizare de servicii medicale de de recuperare, medicină fizică și balneologie 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 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 oricăreia dintre obligațiile contractuale prevăzute la art. 8 pct. 1), 3), 10), 12), 13), 16), 17), 19), 20) și 27) 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. 8 pct. 2), 5), 6), 7), 8), 9.a), 11), 14), 15), 18), 21) și 26);

h) refuzul furnizorului de servicii medicale 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, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora;

i) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.

j) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) 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 și art. 8 pct. 22), 23), 32) și 37 din prezentul contract;

k) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 18 alin. (1) și (2), pentru fiecare situație, pentru obligația prevăzută la art. 8 pct. 24, precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzută la art. 18 alin. (3);

**Art. 20. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie 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 recuperare 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, după caz;**

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

**a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;**

**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 recuperare, medicină fizică și balneologie 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. 21 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 înregistrate/inregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de**

sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care contractul inceteaza/se modifica din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin. (3), casele de asigurari de sanatate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la incetarea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeași casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) și (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare / punctele de lucru, după caz.

**Art. 21. - (1)** Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie se suspendă cu 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. 8 pct. 35 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 direcțiile de sănătate 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 a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în această situație.

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale 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. 22. - (1)** Situațiile prevăzute la art. 19 și la art. 20 alin. (1) lit. a) subpct. a2, a3, a4, 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. 20 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. 23. -** 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.

#### **XI. Corespondența**

**Art. 24. -** Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct, la sediul părților.

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

#### XII. Modificarea contractului

**Art. 25.** - Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 5 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

**Art. 26.** - (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contractului 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 medicală de recuperare, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

**Art. 27.** - 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.

#### XIII. Soluționarea litigiilor

**Art. 28.** - (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 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.

#### XIV. Alte clauze

**Art. 29.** - În valoarea totală de contract pentru anul 2011 este inclusă și suma de **90.000,00** lei contractată în baza actelor adiționale pentru perioada ianuarie - iunie 2011.

**Art. 30.** - Suma decontată lunar pentru serviciile medicale contractate se va face în limita bugetului aprobat la nivelul CAS Constanța cu această destinație.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi, 30 iunie 2011, în două exemplare a câte 11 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
CONSTANȚA**

**SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE, MEDICINĂ-FIZICĂ  
ȘI BALNEOLOGIE EFORIE NORD**

**Președinte - Director general**  
Learciu Dumitru Dan

**Manager,**  
Dr. Aurelian Ivașcu

**Director Direcția Economică**  
Ec. Ciobanu Marinei

**Director Direcția Relații Contractuale**  
Dr. Belu Nicolae

**Vizat**  
**Compartiment Juridic, Contencios**  
C.jr. Lipici Monica

