Nr.6092/30.06.2023

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de recuperare medicală şi medicină fizică şi de reabilitare în sanatorii şi preventorii
Nr. 1/2023

I. Părţile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate Prahova, cu sediul în municipiul Ploiesti, CUI 11319359, str. Praga, nr. 1, judeţul Prahova, tel 0244 594600, fax 0244 511443, adresă de e-mail info@casph.ro, reprezentată prin Director general Maguleanu Catalin,

şi

SANATORIUL BALNEOCLIMATERIC DE COPII BUSTENI având sediul în oraşul Buşteni, CUI 2845591, str. Fântânii nr.3, judeţul PRAHOVA, telefon 0244 320018, fax 0244 320062, e-mail bustenisbc@yahoo.com, reprezentat prin reprezentat prin IOANA-JULIETA LOGHIN.

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare medicală şi medicină fizică şi de reabilitare, acordate în sanatorii, inclusiv sanatorii balneare, şi preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

III. Serviciile medicale de recuperare medicală şi medicină fizică şi de reabilitare, acordate în sanatorii şi preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

ART. 2

Serviciile medicale de recuperare medicală şi medicină fizică şi de reabilitare, în sanatorii şi preventorii, se acordă în baza biletelor de trimitere eliberate de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu şi medicii din spital, aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

IV. Durata contractului

ART. 3

Prezentul contract este valabil de la data de 01-07-2023 până la 31-12-2023.

ART. 4

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

V. Obligaţiile părţilor

ART. 5

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate de casele de asigurări de sănătate conform reglementărilor în vigoare, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să efectueze controlul activităţii furnizorilor de servicii medicale, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile pentru a beneficia de aceste servicii la data acordării şi furnizorul a ignorat avertizările emise de platforma informatică din asigurările de sănătate;

g) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

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

i) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti; trimestrial se fac regularizări, în condiţiile prevăzute în anexa 34 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023;

j) să ţină evidenţa serviciilor medicale acordate de furnizori, în funcţie de casa de asigurări de sănătate la care sunt luaţi în evidenţă aceştia;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale în cazul serviciilor medicale acordate în baza biletelor de internare; acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să pună la dispoziţia furnizorilor cu care se află în relaţii contractuale formatul în care aceştia afişează pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

m) să monitorizeze semestrial prescrierea produselor biologice de către medicii prescriptori cu respectarea prevederilor art. 159 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

n) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de servicii medicale cu care se află în relaţii contractuale.

ART. 6

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

a) să informeze asiguraţii cu privire la:

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

2. pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informaţiile privind pachetul de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale şi să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activităţile realizate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

c) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului şi să asigure acordarea serviciilor medicale din pachetul de bază asiguraţilor fără nici o discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

d) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

e) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepţia situaţiilor neprevăzute, pe care are obligaţia să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

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

g) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare; în situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea şi aprobarea protocolului în condiţiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicaţiilor, dozelor şi contraindicaţiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenţei medicului prescriptor;

h) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

i) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate şi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicaţia informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate şi să respecte specificaţiile de interfaţare publicate;

j) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unităţile sanitare de recuperare medicală, medicină fizică şi de reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu şi prescripţia medicală

electronică în ziua externării pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucţiunilor privind modul de utilizare şi completare a acestora;

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

l) să informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicală sau biletul de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, trimise direct, prin poşta electronică sau prin intermediul asiguratului, despre tratamentul efectuat şi despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia; scrisoarea medicală sau biletul de ieşire din spital este un document tipizat care se întocmeşte la data externării, într-un singur exemplar, transmis medicului de familie, direct, prin poşta electronică sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, prin recomandare de dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

m) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond şi pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

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

o) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz.

În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, se depune la casa de asigurări de sănătate, pe fiecare secţie, numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului;

p) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

q) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

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

s) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi alin. (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

ş) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condiţiile lit. s) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a treia zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

t) să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

ţ) să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, cu modificările şi completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

u) să respecte prevederile art. 159, cu privire la iniţierea, respectiv continuarea tratamentului specific unei afecţiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaţionale pentru care, la momentul prescrierii, în lista preţurilor de referinţă aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referinţă cât şi produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia;

v) să funcţioneze cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului şi să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

w) să elibereze, dacă situaţia o impune, la externarea asiguratului, prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă se recomandă un tratament în ambulatoriu,

conform scrisorii medicale/biletului de ieşire din spital, pentru o perioadă de maximum 30 de zile; nerespectarea acestei obligaţii conduce la recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligaţiei.

VI. Drepturile furnizorilor de servicii medicale în asistenţa medicală de recuperare medicală şi medicină fizică şi de reabilitare în sanatorii şi preventorii

ART. 7

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unităţile sanitare au dreptul:

a) să primească contravaloarea serviciilor medicale realizate şi validate de casele de asigurări de sănătate, în limita valorii de contract stabilite, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 521/2023;

b) să fie informate de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

c) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform şi în limita prevederilor legale în vigoare;

d) să încaseze sumele reprezentând contribuţia personală pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, conform prevederilor legale în vigoare;

e) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea în format electronic cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

f) să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor hoteliere de cazare cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Contravaloarea serviciilor de cazare nu poate depăşi 300 de lei/zi; tariful pentru servicii de cazare nu se percepe în ziua externării.

VII. Modalităţi de plată

ART. 8

(1) Suma pentru sanatorii balneare/secţii sanatoriale balneare din spitale prevăzută în prezentul contract se stabileşte prin negociere în funcţie de numărul de zile de spitalizare estimat a se realiza şi de tariful/zi de spitalizare. Tariful pe zi de spitalizare este cel prevăzut în Anexa nr. 34 La Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023.

Valoarea contractată în sumă **0,00 lei** este suma diminuată cu contribuţia personală a asiguraţilor, conform tabelului de mai jos, conform tabelului de mai jos:

Tipul de asistenţă balneară	Secţia	Nr. de zile de spitalizare contractate	Tariful pe zi de spitalizare negociat	Suma negociată	Suma suportată de asigurat	Valoarea contractată
1	2	3	4	5 = 3 x 4	6 = 3 x **52 lei**	7 = 5 - 6
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
TOTAL	x	0	x	0,00	0,00	0,00

(2) **Suma contractată cu casa de asigurări de sănătate pentru sanatorii/secţiile sanatoriale din spitale, altele decât cele balneare, şi preventorii este de 3.058.561,40 lei** şi se stabileşte prin negociere în funcţie de numărul de zile de spitalizare estimat **23.411** şi tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu de 140,20 lei /zi de spitalizare ***-conform anexei.***

(3) Suma aferentă serviciilor medicale contractate stabilită pentru anul 2023 este de 3.058.561,40 lei şi se defalchează lunar şi trimestrial după cum urmează:

Suma aferentă trimestrului I 706.398,00 lei,
din care:
- luna I 254.947,00 lei
- luna II 226.149,00 lei
- luna III 225.302,00 lei

Suma aferentă trimestrului II 703.131,00 lei,
din care:
- luna IV 234.377,00 lei
- luna V 234.377,00 lei
- luna VI 234.377,00 lei

Suma aferentă trimestrului III 886.204,20 lei,
din care:
- luna VII 295.401,40 lei
- luna VIII 295.401,40 lei
- luna IX 295.401,40 lei

Suma aferentă trimestrului IV 762.828,20 lei,
din care:
- luna X 295.401,40 lei
- luna XI 295.401,40 lei
- luna XII 172.025,40 lei

(4) Pentru sanatoriile balneare/secţii sanatoriale balneare din spitale suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră.

ART. 9

(1) Decontarea serviciilor medicale de recuperare medicală şi medicină fizică şi de reabilitare, contractate se face conform prevederilor art. 6 din anexa nr.34 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023.

(2) Lunar, până la data de 20 a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de 15, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de 20.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative transmise în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până în ultima zi a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările şi decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs, pentru serviciile medicale realizate, raportate şi validate conform contractului de furnizare de servicii de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor şi a documentelor justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

(4) Contractarea şi decontarea serviciilor medicale de recuperare medicală, medicină fizică şi de reabilitare, se face în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

ART. 10

Plata serviciilor medicale de recuperare medicală şi medicină fizică şi de reabilitare, se face în contul nr. RO12TREZ52920F332100XXXX deschis la TREZORERIA BUSTENI.

ART. 11

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale prevăzute la art. 6 lit. a), c) - g), h - l), n), o), r) şi v) atrage diminuarea valorii de contract, după cum urmează:

a) la prima constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 0,5% la valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;;

b) la a doua constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 1% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 3% la valoarea de contract lunară.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 6 lit. m), p), t) şi ţ), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta se diminuează cu 3% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie.

(3) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 6 lit. q), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situaţii;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripţie off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancţiunii, nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 6 lit. q) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line. În situaţia în care medicul prescriptor se află în relaţie contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica şi după caz, va aplica sancţiunile prevăzute în contract.

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

(5) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

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

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

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

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(8) Sancţiunile prevăzute la alin. (1) - (4) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancţiuni.

VIII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 12

Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

IX. Răspunderea contractuală

ART. 13

Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

ART. 14

Reprezentantul legal al unităţii sanitare cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

X. Clauză specială

ART. 15

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea 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 rezoluţiunea contractului.

ART. 16

Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nici o obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

XI. Încetarea, modificarea şi suspendarea contractului

ART. 17

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situaţii:

a) una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate sau revocarea de către autorităţile competente, la nivelul secţiei/secţiilor, a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;

c) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice după caz, pe bază de documente justificative;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR nu este avizat pe perioada cât medicul figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, până la data avizării; suspendarea operează prin suspendarea din contract a medicului aflat în această situaţie.

(2) În situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situaţia prevăzută la alin. (1) lit. a), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale pentru secţia/secţiile care nu îndeplinesc condiţiile de contractare.

ART. 18

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situaţii:

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

a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, desfiinţare sau transformare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate.

b) acordul de voinţă al părţilor;

c) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi 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 şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, 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 puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(3) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se modifică, din motive imputabile persoanelor prevăzute la alin. (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

ART. 19

Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) şi la art. 18 alin. (1) lit. a) subpct. a2 şi a3 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 18 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XII. Corespondenţa

ART. 20

(1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poştă electronică sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul furnizorului declarat în contract.

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

XIII. Modificarea contractului

ART. 21

Prezentul contract se poate modifica, prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare, cu cel puţin 3 zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 22

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

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistenţa medicală acordată în sanatorii/secţii sanatoriale pentru adulţi şi copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiţi potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătăţii ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 23

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

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizaţiei sanitare de funcţionare/al documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare de funcţionare pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIV. Soluţionarea litigiilor

ART. 24

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

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

Decontarea serviciilor medicale se realizeaza lunar, in termen de 20 zile calendaristice, in limitele prevederilor bugetare trimestriale alocate, precum si a creditelor bugetare deschise de ordonatorul principal de credite la acest capitol de asistenta medicala pe parcursul anului 2023.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi 30.06.2023, avand un numar de 10 pagini.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE PRAHOVA

Director General,
Magulearu Catalin

Director Executiv Direcţia Economica,
Burlacu Adriana

Director Executiv Direcţia Relaţii Contractuale,
Stoea Catalin

Sef Serviciu Evaluare, Contractare FSMFDM,
Dridea Mihaela

Vizat
Comp. Juridic, Contencios

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI PRAHOVA VIZAT PENTRU LEGALITATE

Intocmit,
Iordan Angela

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE - PRAHOVA
VIZAT PENTRU CONTROL FINANCIAR PREVENTIV PROPRIU
Anul 2023 Luna 06 Ziua 30
Semnatura

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE, SANATORIUL BALNEOCLIMATERIC DE COPII BUSTENI

Manager,

Director medical,

Director financiar-contabil,

Director de îngrijiri,

Suma aferenta serviciilor medicale în asistenţa medicală de recuperare medicală şi medicină fizică şi de reabilitare în AN 2023

LUNA	Nr. Zile contractate	Tarif/zi spitalizare	Total suma contractata
1	2	3	4=2X3
Compartimentul recuperare neuropsihomotorie - copii	667	121,00	80.707,00
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie copii	267	121,00	32.307,00
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie -adulti	1.173	121,00	141.933,00
IANUARIE	**2.107**		**254.947,00**
Compartimentul recuperare neuropsihomotorie - copii	667	121,00	80.707,00
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie copii	267	121,00	32.307,00
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie -adulti	935	121,00	113.135,00
FEBRUARIE	**1.869**		**226.149,00**
Compartimentul recuperare neuropsihomotorie - copii	667	121,00	80.707,00
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie copii	267	121,00	32.307,00
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie -adulti	928	121,00	112.288,00
MARTIE	**1.862**		**225.302,00**
Compartimentul recuperare neuropsihomotorie - copii	**2.001**		**242.121,00**
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie copii	**801**		**96.921,00**
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie -adulti	**3.036**		**367.356,00**
TRIM I 2023	**5.838**		**706.398,00**
Compartimentul recuperare neuropsihomotorie - copii	613	121,00	74.173,00
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie copii	245	121,00	29.645,00
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie -adulti	1.079	121,00	130.559,00
APRILIE	**1.937**		**234.377,00**
Compartimentul recuperare neuropsihomotorie - copii	613	121,00	74.173,00
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie copii	245	121,00	29.645,00
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie -adulti	1.079	121,00	130.559,00
MAI	**1.937**		**234.377,00**
Compartimentul recuperare neuropsihomotorie - copii	613	121,00	74.173,00
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie copii	245	121,00	29.645,00
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie -adulti	1.079	121,00	130.559,00
IUNIE	**1.937**		**234.377,00**
Compartimentul recuperare neuropsihomotorie - copii	**1.839**		**222.519,00**
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie copii	**735**		**88.935,00**
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie -adulti	**3.237**		**391.677,00**
TRIM II 2023	**5.811**		**703.131,00**
Compartimentul recuperare neuropsihomotorie - copii	907	140,20	127.161,40
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie copii	133	140,20	18.646,60
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie -adulti	1.067	140,20	149.593,40
IULIE	**2.107**		**295.401,40**
Compartimentul recuperare neuropsihomotorie - copii	907	140,20	127.161,40
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie copii	133	140,20	18.646,60
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie -adulti	1.067	140,20	149.593,40
AUGUST	**2.107**		**295.401,40**
Compartimentul recuperare neuropsihomotorie - copii	907	140,20	127.161,40
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie copii	133	140,20	18.646,60
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie -adulti	1.067	140,20	149.593,40
SEPTEMBRIE	**2.107**		**295.401,40**
Compartimentul recuperare neuropsihomotorie - copii	**2.721**		**381.484,20**
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie copii	**399**		**55.939,80**
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie -adulti	**3.201**		**448.780,20**
TRIM III 2023	**6.321**		**886.204,20**
Compartimentul recuperare neuropsihomotorie - copii	907	140,20	127.161,40
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie copii	133	140,20	18.646,60
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie -adulti	1.067	140,20	149.593,40
OCTOMBRIE	**2.107**		**295.401,40**

Compartimentul recuperare neuropsihomotorie - copii	907	140,20	127.161,40
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie copii	133	140,20	18.646,60
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie -adulti	1.067	140,20	149.593,40
NOIEMBRIE	**2.107**		**295.401,40**
Compartimentul recuperare neuropsihomotorie - copii	528	140,20	74.025,60
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie copii	78	140,20	10.935,60
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie -adulti	621	140,20	87.064,20
DECEMBRIE	**1.227**		**172.025,40**
Compartimentul recuperare neuropsihomotorie - copii	**2.342**		**328.348,40**
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie copii	**344**		**48.228,80**
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie -adulti	**2.755**		**386.251,00**
TRIM IV 2023	**5.441**		**762.828,20**
Compartimentul recuperare neuropsihomotorie - copii	**8.903**		**1.174.472,60**
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie copii	**2.279**		**290.024,60**
Compartimentul recuperare, medicina fizica si balneologie -adulti	**12.229**		**1.594.064,20**
AN 2023	**23.411**		**3.058.561,40**

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE

PRAHOVA

DIRECTOR GENERAL,
Maguleanu Catalin

DIRECTOR DIRECTIA ECONOMICA,
Burlacu Adriana

DIRECTOR DIRECŢIA RELAŢII CONTRACTUALE,
Stoea Catalin

Sef Serviciu ECFSMFDM,
Dridea Mihaela

VIZAT,
Compartiment Juridic, Contencios

Intocmit,
Iordan Angela

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
SANATORIUL BALNEOCLIMATERIC DE COPII BUSTENI

MANAGER,

DIRECTOR MEDICAL,

DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL,

DIRECTOR DE INGRIJIRI,

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI PRAHOVA VIZAT PENTRU LEGALITATE