

CONTRACT
de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
nr. 05-08/80

mun. Chișinău

“29” decembrie 2023

I. PĂRȚILE CONTRACTANTE

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – **CNAM**), reprezentată de către **Agenția teritorială Centru**, (în continuare - **Agenție**) în persoana **dnei Adela Pavlov, directoare**, care acționează în baza **Statutului**, și Prestatorul de servicii medicale (în continuare – **Prestator**) **Instituția Medico-Sanitară Publică „Asociația Medicală Teritorială Rîșcani”**, reprezentat de către **dna Valentina Pîslaru, director**, care acționează în baza **Statutului**, au încheiat Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – **Contract**), convenind asupra următoarelor:

II. OBIECTUL CONTRACTULUI

2.1. Obiectul Contractului îl constituie acordarea asistenței medicale de către Prestator, în volumul și de calitate prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – **Program unic**), Normele metodologice de aplicare a acestuia și de **Contract**.

2.2. Suma contractuală este stabilită în mărime de **181 390 521 MDL 43 bani** (o sută optzeci și unu milioane trei sute nouăzeci mii cinci sute douăzeci și unu MDL 43 bani). Volumul și condițiile speciale de prestare a serviciilor medicale contractate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală sunt specificate în anexele nr.1-5 la **Contract**.

III. OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

3.1. Prestatorul se obligă:

- 1) să acorde persoanelor asistență medicală calificată și de calitate, în volumul prevăzut în Programul unic și în **Contract**, inclusiv prin încheierea unor contracte cu alți prestatori care activează în conformitate cu legislația, în caz de imposibilitate obiectivă de prestare a serviciilor medicale conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic și cerințelor Protocoalelor clinice naționale;
- 2) să asigure respectarea prevederilor actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;
- 3) să asigure confidențialitatea informației cu privire la starea sănătății persoanei, cu excepția cazurilor prevăzute de lege;
- 4) să asigure prescrierea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr.106/2022 cu privire la prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu al persoanelor înregistrate la medicul de familie;
- 5) să elibereze pacienților, în caz de necesitate, conform diagnosticului stabilit, bilete de trimitere conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic;
- 6) să verifice și să stabilească identitatea pacientului conform actului de identitate la acordarea asistenței medicale/la momentul internării în cazul spitalizării, precum și statutul de persoană asigurată/neasigurată, accesând baza de date a CNAM. În cazul modificării în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală a statutului pacientului pe parcursul spitalizării, Prestatorul va externa pacientul conform statutului stabilit la momentul internării;
- 7) să nu refuze acordarea asistenței medicale persoanelor în caz de urgență, iar cheltuielile pentru asistența medicală urgentă în cazul persoanelor neasigurate se vor acoperi în condițiile art.5 alin.(4) din Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală;



cheltuielile din alte surse, pe articole de cheltuieli, pentru stabilirea repartizării proporționale a cheltuielilor din toate sursele de venit;

23) să comunice CNAM, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la adoptarea deciziei, despre inițierea procesului de insolvență, reorganizare, suspendare a activității sau lichidare a Prestatorului;

24) să respecte prevederile standardelor medicale de diagnostic și tratament și ale protocoalelor clinice aprobate prin ordin al ministrului sănătății;

25) să utilizeze sistemele informaționale ale Ministerului Sănătății și CNAM pentru executarea prevederilor actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală și a Contractului;

26) să asigure veridicitatea datelor incluse în facturile fiscale electronice și dările de seamă prezentate CNAM;

27) să acopere, din contul mijloacelor financiare obținute conform Contractului, doar cheltuielile necesare pentru realizarea Programului unic, respectând principiile de eficiență, eficacitate și economicitate;

28) să-și reînnoiască baza tehnico-materială, după caz, din alocațiile fondatorului și mijloacele financiare obținute în conformitate cu cadrul normativ;

29) să utilizeze mijloacele financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală numai pentru acordarea serviciilor medicale persoanelor asigurate și persoanelor neasigurate care au dreptul la asistență medicală specificată în Programul unic și Normele metodologice de aplicare a acestuia.

3.2. CNAM se obligă:

1) să prezinte Prestatorului, până la data de 20 a lunii următoare perioadei de facturare, rapoartele privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică, cu datele aferente serviciilor medicale prestate și eligibile de a fi facturate, calculate în baza dărilor de seamă/datelor raportate de către Prestator în sistemele informaționale ale CNAM, conform modelului aprobat prin ordin al directorului general al CNAM, pentru emiterea facturilor fiscale electronice;

2) să transfere Prestatorului mijloacele financiare în conformitate cu facturile fiscale electronice prezentate pentru serviciile medicale acordate persoanelor, în temeiul și în limitele Contractului;

3) să monitorizeze și să evalueze corespunderea cu clauzele Contractului și cu actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limitele serviciilor contractate, conform mecanismului aprobat prin ordin al directorului general al CNAM;

4) să comunice, prin intermediul paginii web oficiale a CNAM/circulare, Lista de denumiri comune internaționale de medicamente compensate și Lista de denumiri de dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

5) să publice pe pagina web oficială a CNAM lista prestatorilor de servicii medicale ce vor presta servicii medicale persoanelor neasigurate în cazul maladiilor social-condiționate și stărilor de urgență, cu impact major asupra sănătății publice;

6) să informeze Prestatorul lunar, până la data de 25 a lunii următoare celei de raportare, despre volumul medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate prescrise, eliberate de către farmacii, precum și despre sumele financiare valorificate în luna precedentă;

7) să acorde suport metodologic Prestatorului în aplicarea cadrului normativ privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

IV. COSTUL SERVICIILOR, TERMENUL ȘI MODUL DE ACHITARE

4.1. Serviciile medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală vor fi contractate de CNAM în baza tarifelor negociate cu Prestatorul, fără a depăși tarifele aprobate de Guvern, și a costurilor serviciilor medicale aprobate conform actelor normative.

4.2. CNAM achită Prestatorului, lunar sau trimestrial, în funcție de mijloacele financiare disponibile, serviciile incluse în facturile fiscale electronice, în limitele sumei și volumelor



5) neasigurarea veridicității informației introduse în darea de seamă privind numărul și lista nominală a pacienților beneficiari, cantitatea de medicamente utilizată, inclusiv medicamente cu destinație specială, consumabile și dispozitive medicale, achitate suplimentar costului cazului tratat. Mărirea prejudiciului constituie valoarea medicamentelor, inclusiv cu destinație specială, consumabilelor și dispozitivelor medicale;

6) nerespectarea Standardelor codificării diagnosticelor și procedurilor în Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice (DRG). Mărirea prejudiciului constituie diferența de cost al cazurilor de până la și după auditul codificării;

7) dezafectarea mijloacelor financiare primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru alte scopuri decât cele stabilite conform actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și Contractului. Mărirea prejudiciului constituie suma dezafectată.

5.2. În cazul confirmării prin raport de evaluare, întocmit de structurile abilitate ale CNAM, a cazurilor menționate la pct.5.1:

1) în contextul relațiilor contractuale precedente, sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

2) în contextul relațiilor contractuale curente:

a) pentru cazurile prevăzute la pct.5.1 subpct.1), 4), 5) și 6), Prestatorul, în termen de 5 zile lucrătoare de la recepționarea raportului de evaluare, va opera modificări în dările de seamă și/sau datele raportate în sistemele informaționale ale CNAM, în caz contrar sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

b) pentru cazurile prevăzute la pct.5.1 subpct.2) și 3), sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

c) pentru cazul prevăzut la pct.5.1 subpct.7), Prestatorul va restabili sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, la conturile bancare/trezoreriale utilizate pentru gestionarea mijloacelor financiare primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, din alte surse decât cele primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, cu operarea modificărilor în dările de seamă semestriale/anuale prezentate CNAM, în caz contrar sumele prejudiciate vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM în scopul reținerii sumelor respective de către CNAM din contul transferurilor ulterioare.

5.3. Pentru cazurile prevăzute la pct.5.1 subpct.1-6, CNAM aplică Prestatorului o penalitate în mărime de 10% din suma prejudiciată, iar pentru cazul prevăzut la pct.5.1 subpct.7), penalitatea constituie 0,1% din suma prejudiciată pentru fiecare zi de utilizare a mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în alte scopuri decât cele stabilite de actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și Contract.

5.4. Prestatorul este obligat să restituie persoanei asigurate cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, pentru serviciile medicale care nu au fost prestate conform Contractului, în caz contrar CNAM va restitui persoanei asigurate, în limita tarifului/costului aprobat prin actele normative, cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, prin reținerea sumei respective din contul transferurilor ulterioare către Prestator.

5.5. Gestionarea veniturilor și cheltuielilor, pe fiecare sursă de venit și pe fiecare tip de asistență medicală contractat, se va efectua de către prestatori prin conturi bancare/trezoreriale separate. Utilizarea arbitrară a mijloacelor financiare de la un tip de asistență medicală la altul se permite cu condiția restituirii mijloacelor financiare până la sfârșitul anului de gestiune. În cazul nerestituirii mijloacelor financiare până la sfârșitul anului de gestiune, sumele nerestituite se consideră dezafectate.

5.6. Pentru neachitarea, în termenele stabilite în Contract, a serviciilor medicale acordate de către Prestator, CNAM va achita o penalitate în mărime de 0,01% din suma restantă pentru fiecare zi de întârziere.

certifică realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea impedimentului.

8.2. Neexecutarea obligațiilor contractuale este justificată doar pe durata existenței impedimentului.

8.3. Dacă una din Părți nu a notificat celeilalte Părți în termenul prevăzut în pct.8.1 intervenirea impedimentului, aceasta suportă toate daunele provocate celeilalte Părți.

8.4. În cazul în care impedimentul se extinde pe o perioadă care depășește 3 luni, fiecare Parte poate cere rezoluțiunea Contractului.

IX. CORESPONDENȚA

9.1. Corespondența ce ține de derularea Contractului se efectuează în scris prin poștă, curier sau în format electronic la adresele de corespondență menționate în datele de identificare ale Părților.

9.2. Fiecare Parte contractantă este obligată, în termen de 3 zile lucrătoare de la data la care intervin modificări ale adresei sediului (inclusiv telefon, adresă electronică oficială), să notifice celeilalte Părți contractante schimbarea survenită.

X. ALTE CONDIȚII

10.1. Contractul este întocmit în două exemplare, a câte 12 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare Parte, cu aceeași putere juridică.

10.2. Litigiile apărute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea sau alte pretenții ce decurg din Contract vor fi supuse în prealabil unei proceduri amiabile de soluționare.

10.3. Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă țin de competența instanțelor judecătorești.

10.4. Părțile contractante convin asupra faptului că orice obiecție asupra executării Contractului va fi expediată în formă scrisă și Părțile contractante se vor expune pe marginea lor în decurs de 10 zile de la data recepționării pretenției.

10.5. CNAM poate delega unele drepturi și obligații ce reies din Contract agențiilor sale teritoriale (ramurale).

10.6. Anexele constituie parte integrantă a Contractului.

Adresele juridice și rechizitele bancare ale Părților

CNAM

Compania Națională de
Asigurări în Medicină
mun. Chișinău, str. Vlaicu Pârcălab nr.46
cod fiscal 1007601007778

Prestatorul

IMSP „Asociația Medicală
Teritorială Rîșcani”
mun. Chișinău, str. Alecu Russo nr.11
IDNO 1003600153212

Semnăturile părților

CNAM


Adela Pavlov

(numele reprezentantului Companiei)

Prestatorul


Valentina Pîslaru

(numele reprezentantului Instituției medicale)



Asistența medicală primară

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2024 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală primară:

Nr. d/o	Categoria de vârstă	Tarif per capita (MDL)	Numărul persoanelor înregistrate în IMS ce prestează asistență medicală primară	Suma (MDL)
1) Per capita:				
1	de la 0 până la 2 ani	1 552.28	2 082.00	3 231 846.96
2	de la 2 până la 5 ani	1 363.41	4 576.00	6 238 964.16
3	de la 5 până la 8 ani	1 038.79	5 489.00	5 701 918.31
4	de la 8 până la 50 ani	590.22	89 265.00	52 685 988.30
5	50 ani și peste	1 292.58	45 595.00	58 935 185.10
	Total	X	147 007.00	126 793 902.83
2) Plata retrospectivă:				
1	Încadrarea rezidenților în sistem			3 101 587.00
	Total			3 101 587.00
Suma totală alocată pentru asistența medicală primară				129 895 489.83

CNAM



Adela Pavlov

Adela Pavlov

Prestatorul

Valentina Pîslaru

Valentina Pîslaru

L.Ș.



Anexa nr. 2
la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08/80
din 29 decembrie 2023

Asistența medicală specializată de ambulator

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2024 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală specializată de ambulator:

Nr. d/o	Tip serviciu medical	Tarif per capita (lei)	Numărul persoanelor asigurate înregistrate	Suma (lei)
AMSP				
1)	Per capita			
	AMSP per capita	322.28	129 705	41 801 327.40
	TOTAL:	x	129 705	41 801 327.40
2)	Buget global			
	Servicii medicale de ortopedie și traumatologie			3 370 989.20
	TOTAL:	x		3 370 989.20
3)	Plata retrospectiva per serviciu în limitele bugetului contractat			
1	Tbc AMSA			524 893.00
	TOTAL:	x		524 893.00
Suma totală alocată pentru asistența medicală specializată de ambulator				45 697 209.60

CNAM



Adela Pavlov
Adela Pavlov

Prestatorul



Valentina Pișlaru
Valentina Pișlaru

Servicii medicale de înaltă performanță

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2024 Prestatorului i se planifica următorul volum de servicii medicale de înaltă performanță:

Nr d/o PU	Denumire serviciu	Cod SIP	Număr servicii	Tarif	Suma
	Program Endoscopie				
440	Videoendoscopia digestivă superioară (videoesofagogastroduodenoscopie) diagnostică	2278.1	200	422	84 400.00
	Suma totală alocată pentru program Endoscopie		200		84 400.00
	Program Imagistica				
175	Examen ecografic la 11-14 săptămâni gestație, morfologie fetală și screening pentru aberații cromozomiale, cu evaluarea uterului și anexelor a gestantei (abdominal)	1027.4.1	150	275	41 250.00
176	Examen ecografic la 11-14 săptămâni gestație, morfologie fetală și screening pentru aberații cromozomiale, cu evaluarea uterului și anexelor a gestantei, sarcină multiplă (abdominal)	1028.4.1	20	315	6 300.00
177	Examenul ecografic al morfologiei fetale și anexelor fetale în trimestrul II de sarcină	1029.1.1	150	315	47 250.00
178	Examenul ecografic al morfologiei fetale și anexelor fetale în trimestrul II de sarcină, sarcină multiplă	1029.1.2	20	396	7 920.00
179	Examen ecografic ginecologic transvaginal (2D) + Doppler	1050.26	150	295	44 250.00
180	Ecografia hepatobiliară (2D) + Doppler	1050.11	100	224	22 400.00
182	Ecografia pancreasului cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.14	20	214	4 280.00
183	Ecografia splinei cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.17	40	214	8 560.00
184	Ecografia sistemului urinar (2D) + Doppler	1050.20	100	299	29 900.00
190	Examen ecografic al glandei tiroide cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.32	200	280	56 000.00
192	Examen ecografic al glandei mamare cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.35	200	223	44 600.00
194	Examen ecografic al prostatei (transrectal) sonda biplan cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.38	100	223	22 300.00
196	Examen ecografic al scrotului cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.44	5	214	1 070.00
201	Examen ecografic al țesuturilor moi și ganglionilor limfatici ai unei zone anatomiche cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.53	50	266	13 300.00
206	Examen ecografic la 11-14 săptămâni, morfologie fetală și screening pentru aberații cromozomiale, cu evaluarea uterului și anexelor gestantei (transvaginal)	1027.5.11	4	288	1 152.00
207	Examen ecografic la 11-14 săptămâni gestație, morfologie fetală și screening pentru aberații cromozomiale, cu evaluarea uterului și anexelor gestantei, sarcină multiplă (transvaginal)	1028.5.1	2	315	630.00
215	Sonodopplerografia sistemului venos al fătului	1060	200	74	14 800.00
225	Sonodopplerografia uterină	1061	80	63	5 040.00
226	Sonodopplerografia cerebrală la făt	1062	60	63	3 780.00
227	Sonodopplerografia ombilicală	1063	300	37	11 100.00
213	Sonodopplerografia vaselor extracraniene și intracraniene (Doppler spectral)	1053	300	162	48 600.00
222	Sonodopplerografia vaselor membrelor inferioare (Doppler spectral)	1057	300	50	15 000.00
	Suma totală alocată pentru program Imagistica		2 551		449 482.00
	Suma totală alocată pentru serviciile medicale de înaltă performanță constituie				533 882.00



CNAM

Adela Pavlov

Prestatorul
Valentina Pîslaru



Anexa nr. 4
la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08/80
din 29 decembrie 2023

Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2024 Prestatorului i se planifică următorul volum de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu:

Nr. d/o	Tip serviciu medical	Pretul unei vizite (lei)	Numarul de vizite pentru persoane asigurate	Suma (lei)
1) Per vizita				
	Îngrijiri meidcale la domiciliu	291.00	1 800	523 800.00
2) Buget global				
1	Centrul comunitar de sănătate mintală			1 811 659.00
2	Centrul de sănătate prietenos tinerilor			2 928 481.00
TOTAL:				4 740 140.00
Suma totală alocată pentru îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu				5 263 940.00

CNAM



Adela Pavlov
Adela Pavlov

Prestatorul

Valentina Pîslaru
Valentina Pîslaru

L.Ș.



Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2024 Părțile contractante au convenit asupra următoarelor:

1. Executarea prezentului Contract se va efectua în conformitate cu Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2024 și Normele metodologice de elaborare a Devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală de către prestatorii de servicii medicale încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
2. Prestatorul, în vederea realizării obligațiilor contractuale va utiliza obligatoriu Sistemul informațional automatizat „Asistența Medicală Primară” (SI AMP), precum și alte sisteme informaționale relevante.
3. Suma contractuală destinată asistenței medicale specializate de ambulator este prevăzută pentru deservirea persoanelor asigurate din AMT Rîșcani și localitățile com.Grătiești, com.Stăuceni, s.Măgdăcești, s. Ratuș, s.Drăsliceni, s. Porumbeni, s. Pașcani și s. Micăuți.
4. Suma contractuală destinată bugetului global „Traumatologie” din cadrul asistenței medicale specializate de ambulator specificată în pct.2) din Anexa nr.2 la prezentul Contract este prevăzută pentru acordarea serviciilor medicale de ortopedie și traumatologie populației asigurate înregistrate în instituțiile medicale: AMT Rîșcani, IMSP Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății, Î.S. Centrul Consultativ Diagnostic al Ministerului Apărării, Societatea Comercială „Balcombe” SRL, SRL Clinica de Medicină Estetică „CME SANCOS” în dependență de domiciliul persoanei și localitățile com.Grătiești, com.Stăuceni, s.Măgdăcești, s. Ratuș, s.Drăsliceni, s. Porumbeni, s. Pașcani și s. Micăuți.
5. Prestatorul va ține evidența biletelor de trimitere (prescrierilor) pentru serviciile medicale prestate de alți prestatori efectuate la trimiterea medicului de familie/medicului specialist, specificate în Anexa nr.4 la Programul unic, precum și evidența biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și serviciile medicale de înaltă performanță incluse în capitolele I-III din Anexa nr.5 la Programul unic.
6. Prestatorul de servicii de asistență medicală primară și asistență medicală specializată de ambulator, contractat prin metoda de plată „per capita” și/sau „buget global”, poartă responsabilitate pentru planificarea și executarea mijloacelor financiare, în scopul efectuării serviciilor medicale specificate în Anexa nr.4 la Programul unic, inclusiv serviciile medicale procurate de la alți prestatori, care vor fi raportate trimestrial conform formularelor aprobate prin ordinul ministrului sănătății și directorului general al CNAM.
- În cazul nevalorificării mijloacelor financiare, CNAM va reține diferența dintre suma planificată și cea executată (cheltuieli efective) din contul transferurilor ulterioare.
- Raportarea serviciilor medicale procurate de la alți prestatori se va efectua în baza tarifelor prevăzute în contractele încheiate cu aceștia iar serviciile medicale prestate de către Prestator se vor raporta conform tarifelor prevăzute în HG nr.1020/2011, cu modificările ulterioare.
7. Quantumul minim al cheltuielilor planificate și executate în asistența medicală primară pentru efectuarea serviciilor medicale specificate în pct.6 al prezentei anexe, inclusiv serviciile medicale procurate de la alți prestatori, va constitui 25% din suma contractuală.
8. Quantumul minim al cheltuielilor planificate și executate în asistența medicală specializată de ambulator pentru efectuarea serviciilor medicale specificate în pct.6 al prezentei anexe, inclusiv serviciile medicale procurate de la alți prestatori, va constitui 25 % din suma contractuală.
9. Prestatorul este obligat să comunice Companiei în decurs de 5 zile lucrătoare despre imposibilitatea prestării serviciilor medicale de înaltă performanță contractate (inclusiv din cauza defectării aparatului medical).
10. Prestatorul va asigura prescrierea serviciilor medicale de înaltă performanță incluse în capitolele IV-XII din Anexa nr.5 la Programul unic de către medicii cu drept de prescriere a acestor servicii prin intermediul Sistemului Informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale”.



Adela Pavlov



Prestatorul

Valentina Pîslaru