

**CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ACORDATE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU MEDICINĂ DENTARĂ**

**A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU MEDICINA DENTARĂ**

COD	ACTE TERAPEUTICE	Tarif lei	Suma decontată de CAS		
			Copii 0-18 ani	Peste 18 ani	Beneficiari ai legilor speciale <sup>1</sup>
1. *)	Consultație - include modelul de studiu, controlul oncologic și igienizare	133	100%	60%	100%
	*) Se acordă o singură consultație la un interval de 12 luni pentru un asigurat				
2.	Tratamentul cariei simple	94	100%	60%	100%
3.	Tratamentul afecțiunilor pulpare cu anestezie prin infiltrație	97	100%	60%	100%
4.	Pansament calmant/drenaj endodontic	39	100%	100%	100%
5.	Tratamentul gangrenei pulpare	109	100%	60%	100%
6.	Tratamentul paradontitelor apicale (prin incizie) cu anestezie prin infiltrație	109	100%	100%	100%
7.	Tratamentul afecțiunilor parodontiului cu anestezie prin infiltrație	94	100%	100%	100%
8.	Extracția la dinții temporari cu anestezie prin infiltrație	20	100%		100%
9.	Extracția la dinții permanenți cu anestezie prin infiltrație	70	100%	60%	100%
10.**)	Chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei	86	100%	100%	100%
	** ) În situația în care se efectuează în aceeași ședință în care a fost extras dintele respectiv nu este decontat de casa de asigurări de sănătate				
11.	Decapuşonarea la copii	47	100%		
12.	Reducerea luxației articulației temporo-mandibulară	62	100%	100%	100%
13.***)	Proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă	780		60%	100%
	*** ) Se acordă o dată la 10 ani				
14.****)	Reparație/rebazare proteză	78		100%	100%
	**** ) Se acordă o dată pe an				
15.	Element acrilic copii până la 18 ani	78	100%		
16.	Element metalo-acrilic copii până la 18 ani	117	100%		
17.	Reconstituire coroană radiculară copii până la 18 ani	78	100%		
18.*****)	Decon condiționarea tulburărilor funcționale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul angrenajului invers prin inel/ gutiere + bărbiță și capelină	546	100%		
19.	Tratamentul angrenajului invers prin exerciții cu spatula/ședință	20	100%		
20.*****)	Aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malformațiilor congenitale	780	100%		
21.	Șlefuirea în scop ortodontic/dinte	20	100%		
22.*****)	Reparație aparat ortodontic	390	100%	100% <sup>1)</sup>	
	1) Se decontează pentru tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă				
23.	Menținătoare de spațiu mobile	468	100%		
	***** ) Se acordă numai de medicii de specialitate în ortodonție și ortopedie dento-facială.				
24*****)	Sigilare/dinte	78	100%		
	***** ) o procedură decontată la 2 ani				

1. Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii de bază pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentiști, cu excepția celor de la punctele 18, 20 și 22.

2. Serviciile de medicină dentară de urgență sunt prevăzute la punctele: 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14 și 22.

3. Dentiștii acordă numai serviciile prevăzute la punctele 1, 2, 4 și 24.

4. Formula dentară :

Dinți permanenți:

11 incisiv medial dreapta sus

12 incisiv lateral dreapta sus

13 canin dreapta sus

14 primul premolar dreapta sus

15 al doilea premolar dreapta sus

16 primul molar dreapta sus

17 al doilea molar dreapta sus

18 al treilea molar dreapta sus

21 incisiv medial stânga sus

22 incisiv lateral stânga sus

23 canin stânga sus

24 primul premolar stânga sus

25 al doilea premolar stânga sus

26 primul molar stânga sus

27 al doilea molar stânga sus

28 al treilea molar stânga sus

31 incisiv medial stânga jos

32 incisiv lateral stânga jos

33 canin stânga jos

34 primul premolar stânga jos

35 al doilea premolar stânga jos

36 primul molar stânga jos

37 al doilea molar stânga jos

38 al treilea molar stânga jos

41 incisiv medial dreapta jos

42 incisiv lateral dreapta jos

43 canin dreapta jos

44 primul premolar dreapta jos

45 al doilea premolar dreapta jos

46 primul molar dreapta jos

47 al doilea molar dreapta jos

48 al treilea molar dreapta jos

Dinți temporari

51 - incisiv medial dreapta sus

52 - incisiv lateral dreapta sus

53 - canin dreapta sus

54 - molar dreapta sus

55 - molar dreapta sus

61 - incisiv medial stânga sus

62 - incisiv lateral stânga sus

63 - canin stânga sus

64 - molar stânga sus

65 - molar stânga sus

71 - incisiv medial stânga jos

72 - incisiv lateral stânga jos

73 - canin stânga jos

- 74 - molar stânga jos
- 75 - molar stânga jos
- 81 - incisiv medial dreapta jos
- 82 - incisiv lateral dreapta jos
- 83 - canin dreapta jos
- 84 - molar dreapta jos
- 85 - molar dreapta jos

5. În cazul dinților supranumerari se indică codul dintelui cu specificația "supranumerar".

Dată fiind incidența dinților supranumerari se admit la raportare maximum doi dinți supranumerari/CNP/cod unic de asigurare.

6. Medicii de medicină dentară pot efectua radiografia dentare (retroalveolară și panoramică) cuprinse în anexa 17 la ordin ca o consecință a actului medical propriu, pentru asigurații pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului, sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de medicină dentară, dacă au autorizațiile necesare efectuării acestor servicii și dotările necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa 20 la ordin.

Pentru aceste servicii, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară.

7. Serviciile prevăzute la codurile 1, 2, 3, 5, 8, 9 și 13 se acordă astfel:

- pentru beneficiarii Legii nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități sanitare de stat, în caz contrar procentul decontat de CAS este de 60%.

- pentru beneficiarii Legii nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare, în caz contrar procentul decontat de CAS este de 60%.

- pentru beneficiarii Legii nr. 341/2004 a recunoștinței față de eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989, precum și față de persoanele care și-au jertfit viața sau au avut de suferit în urma revoltei muncitorești anticomuniste de la Brașov din noiembrie 1987, cu modificările și completările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare, din subordinea Ministerului Sănătății, Ministerului Apărării Naționale și Ministerului Administrației și Internelor, în caz contrar procentul decontat de CAS este de 60%.

## **B. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU MEDICINA DENTARĂ**

1. Serviciile din pachetul minimal sunt servicii de urgență prevăzute la punctul 2 de la lit. A.
2. Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul minimal de servicii pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentiști, cu excepția celor de la punctul 22.
3. Dentiștii acordă numai serviciul prevăzut la punctul 4.
4. Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență organizată conform legii.
5. Persoanele beneficiare ale pachetului minimal suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate – radiografii dentare și tratamentul prescris.

**C. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/ CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/ CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII**

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederației Elvețiene, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară, de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la lit. B din prezenta anexă, devenite necesare pe timpul șederii temporare în România.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară, de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la lit. A din prezenta anexă.

3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia după caz, de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la lit. A din prezenta anexă, sau de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la lit. B din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

**MODALITĂȚILE DE PLATĂ****în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară**

ART. 1 Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat în lei.

ART. 2 Lista serviciilor medicale de medicină dentară preventive și a tratamentelor de medicină dentară, tarifele pentru fiecare serviciu medical de medicină dentară, și condițiile acordării acestora sunt prevăzute în anexa nr. 14 la ordin.

ART. 3 (1) La stabilirea valorii de contract pentru furnizorii de servicii medicale de medicină dentară se au în vedere:

- a) suma alocată fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii de medicină dentară;
- b) numărul de medici de medicină dentară și dentiști care intră în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate;
- c) gradul profesional. Pentru medicul primar, suma stabilită ca raport între lit. a) și lit. b) se majorează cu 20%, iar pentru medicul care nu a obținut un grad profesional această sumă se diminuează cu 20%;
- d) pentru medicii din mediul rural suma stabilită conform lit. c), se majorează cu 50%;
- e) suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național este de 2.000 lei/lună.

Suma contractată se defalchează pe trimestre și luni.

(2) Lunar casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară serviciile medicale de medicină dentară furnizate în limita valorii trimestriale de contract.

(3) În situația în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină dentară se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate, față de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de medicină dentară care în trimestrul respectiv și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină dentară acordate de la data semnării actului adițional.

(4) Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrial cabinetele de medicină dentară pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de medicină dentară, dacă este cazul.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2014 cu destinația servicii medicale dentare se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale dentare acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de contractare.

ART. 4 În tarifele tratamentelor protetice sunt incluse și cheltuielile aferente activităților de tehnică dentară. Plata acestora se face de către reprezentantul legal al cabinetului de medicină dentară direct către laboratorul de tehnică dentară autorizat conform legii.

ART. 5 Casele de asigurări de sănătate țin evidența serviciilor de medicină dentară pe fiecare asigurat și pe fiecare cod din formula dentară prevăzută în anexa nr. 14 la ordin.

ART. 6 Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale, de medicină dentară, facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și depune la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectivă.

ART. 7 Contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară care nu se regăsesc în anexa nr. 14 la ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinetul

medical, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situații furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate.

ART. 8 În cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați numai medici și/sau dentiști, precum și alte categorii de personal, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare. Medicii sau dentiștii angajați în cabinete medicale individuale nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitatea de medicină dentară pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripție medicală electronică/formularul de prescripție medicală cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, după caz, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente. Întreaga activitate a cabinetului se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 9 Pentru unitățile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, contractele/actele adiționale de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unității sanitare în structura căreia se află aceste unități și casa de asigurări de sănătate.

ART. 10 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

**CONTRACT DE FURNIZARE****de servicii de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară****I. Părțile contractante**

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/orașul .....,  
str. .... nr. ...., județul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin  
președinte - director general .....,

și

- cabinetul medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și  
funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare:

- cabinetul individual ....., reprezentat prin medicul dentist/dentistul titular  
.....;

- cabinetul asociat sau grupat ....., reprezentat prin medicul dentist delegat  
.....;

- societatea civilă medicală ....., reprezentată prin administrator  
.....;

- unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii  
societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, .....,  
reprezentată prin .....

- unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețele  
sanitare proprii, ....., reprezentată prin .....

- ambulatoriul de specialitate și ambulatoriul integrat din structura spitalului ....., inclusiv  
al spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice,  
siguranței naționale și autorității judecătorești, reprezentat prin ....., în calitate de reprezentant  
legal al unității sanitare din care face parte;

- Centrul de diagnostic și tratament, centru medical și unitatea medicală cu personalitate juridică  
....., cu sediul în municipiul/orașul ....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et.  
...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon ..... fax ....., e-mail  
....., reprezentat prin .....

- Centrul de sănătate multifuncțional ....., având sediul în municipiul/orașul  
....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul  
....., telefon fix/mobil ....., adresa de e-mail ....., fax  
....., reprezentat prin .....

**II. Obiectul contractului**

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de medicină dentară în  
asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară, conform  
Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a  
Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului  
de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al  
președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ....../2014 pentru aprobarea  
Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014.

**III. Serviciile medicale de specialitate furnizate**

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea  
medicină dentară acordă asiguraților serviciile de medicină dentară cuprinse în pachetul de servicii  
de bază și în pachetul minimal de servicii de medicină dentară, prevăzute în anexa nr. 14 la Ordinul  
ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ....../2014  
pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014, în  
următoarele specialități

a) .....

b) .....

c) .....

.....

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale de medicină dentară din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea medicină dentară se face de către următorii medici dentiști/dentiști:

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

.....

.....

#### IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2014.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr.400/2014.

#### V. Obligațiile părților

ART. 6 În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

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

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită 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 contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. .... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate.

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din textul de H.G. nr.400/2014 furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării 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;



f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de medicină dentară sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală și materiale sanitare acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripțiilor medicale. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

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

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

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

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară și contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice (radiografie dentară retroalveolară și radiografie panoramică), numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatură medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în anexa 15 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ....../2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014;

k) să contracteze servicii medicale de medicină dentară, respectiv să deconteze serviciile medicale de medicină dentară efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condițiile stabilite prin anexa 15 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ....../2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014.

ART. 7 În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară au următoarele obligații:

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

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

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform H.G. nr.400/2014 și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ....../2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de medicină dentară, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;

f) 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, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și/sau tratate în ambulatoriu.

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

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

i) 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 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ....../2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

j) 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 lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, 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;

m) 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, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

n) să asigure acordarea serviciilor medicale de medicină dentară asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

o) 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;

p) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr.400/2014 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ....../2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014;

q) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în H.G. nr.400/2014 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ....../2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014; până la data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită, numai dacă, urmare a interogării aplicației instalată pe site – ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa <http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siui-online> persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăsește în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată furnizorii de servicii medicale au obligația de a lista și arhiva rezultatul interogării;

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

s) să asigure acordarea asistenței medicale de medicină dentară necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederației Elvețiene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, 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;

ș) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

t) să asigure acordarea serviciilor medicale de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii medicale;

ț) 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 și de la data la care se implementează formularele electronice menționate anterior, precum și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, 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 furnizori 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 Fond;

u) să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

v) 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;

w) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

x) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

y) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale de medicină dentară programabile, dacă este cazul;

z) 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;

aa) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ....../2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014.

ab) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

ac) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit. ab), toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line;

ad) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situație.

## VI. Modalități de plată

ART. 8 Modalitatea de plată în asistența medicală dentară din ambulatoriu este tarif pe serviciu de medicină dentară exprimat în lei.

ART. 9 Decontarea serviciilor de medicină dentară se face pe baza tarifelor acestora și în condițiile prevăzute în anexa 14 respectiv în anexa 15 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. .... /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014 și în limita sumei contractate și defalcate trimestrial și lunar/cabinet/medic, stabilită conform art. 3 din anexa la ordinul menționat mai sus.

Suma anuală contractată este de ..... lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

- luna I ..... lei

- luna II ..... lei

- luna III ..... lei

- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:

- luna IV ..... lei

- luna V ..... lei

- luna VI ..... lei

- Suma aferentă trimestrului III ..... lei

din care:

- luna VII ..... lei

- luna VIII ..... lei

- luna IX ..... lei

- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei

din care:

- luna X ..... lei

- luna XI ..... lei

- luna XII ..... lei.

ART. 10 (1) Decontarea serviciilor de medicină dentară se face lunar, în maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, la data de ....., pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data de .....

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

La finele fiecărui trimestru suma contractată se regularizează conform art. 3 alin. (3) din anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. .... /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014.

(2) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical\*) și fiecare medic dentist din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic dentist

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Specialitatea: .....

Codul de parafă al medicului: .....

Cod numeric personal: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi

b) Medic dentist

Nume: ..... Prenume: .....  
Grad profesional: .....  
Specialitatea: .....  
Codul de parafă al medicului: .....  
Cod numeric personal: .....  
Program zilnic de activitate ..... ore/zi  
c) .....  
.....

\*) 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.

#### VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11 Serviciile de medicină dentară 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. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

#### IX. Clauze speciale

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

ART. 14 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. 15 (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) – c), e) – h), j) – t), u), w), y) precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice (radiografii dentare) care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 lit. ac) se reține o sumă egală cu contravaloarea sumei suportată din fond aferentă prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 7 lit. ac) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(6) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (4) depășește prima plată, recuperarea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeași destinație.

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii de medicina dentara 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 de medicină dentară nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

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

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

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casa 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) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

g) la a doua constatare în urma controlului efectuat 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;

h) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. x);

i) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate 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) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 15 alin. (1) și (2) precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 15 alin. (3).

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, după caz;

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

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

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor Dentiști 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 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. 18 lit. a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

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

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

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

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

ART. 18 Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 58 alin. (1) lit. a) - c) din anexa 2 la H.G. nr.400/2014 și nerespectarea

obligației prevăzute la art. 7 lit. v), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate 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;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor dentiști 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, centrele de sănătate multifuncționale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate și care se află în această situație.

ART. 19 Situațiile prevăzute la art. 16 și la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

#### XI. Corespondența

ART. 20 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

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

#### XII. Modificarea contractului

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatea medicină dentară, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai cu puțință spiritului contractului.

ART. 23 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin .... 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.

#### XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 24 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.



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

XIV. Alte clauze

.....  
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Președinte - director general,  
.....  
Director executiv al Direcției  
Economice,  
.....

FURNIZOR DE SERVICII DE MEDICINĂ DENTARĂ  
Reprezentant legal,  
.....

Director executiv al Direcției  
Relații Contractuale,  
.....

Vizat  
Juridic, contencios

**ACT ADIȚIONAL**  
**pentru serviciile medicale paraclinice - pentru radiografia dentară retroalveolară și panoramică efectuate de medicii de medicină dentară**

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.