

CONTRACT
de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
nr. 05-08/78

mun. Chișinău

“31” decembrie 2019

1. Părțile contractante

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – Companie), reprezentată de către **Agenția teritorială Centru**, (în continuare - Agenție) în persoana dlui **Pruteanu Tudor**, director, care acționează în baza **Statutului**, și **Instituția medico-sanitară publică „Asociația Medicală Teritorială Centru”**, reprezentată de către **dna Glavan Anadéla**, director (în continuare - **Prestator**), 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:

2. Obiectul Contractului

2.1. Obiect al prezentului Contract 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 prezentul Contract.

2.2. Suma contractuală anuală este stabilită în mărime de **73 066 374 MDL 98 bani** (șaptezeci și trei milioane șasezeci și șase mii trei sute șaptezeci și patru MDL 98 bani). Volumul anual de servicii medicale achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală este specificat în anexele nr.1-5 la prezentul Contract.

3. Obligațiile părților

3.1. Prestatorul se obligă:

să acorde persoanelor asistență medicală calificată și de calitate, în volumul prevăzut în Programul unic și prezentul Contract (cu anexele respective), inclusiv prin încheierea unor contracte cu alți prestatori, care activează în conformitate cu legislația, în caz de imposibilitate obiectivă de prestare a acestuia, conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic și cerințelor Protoalelor Clinice Naționale;

să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;

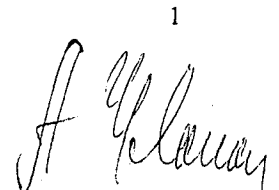
să asigure confidențialitatea informației cu privire la starea sănătății persoanei, cu excepția cazurilor prevăzute de lege;

să elibereze pacienților în caz de necesitate, conform diagnosticului stabilit, bilete de trimitere la specialiștii de profil;

să verifice, la acordarea serviciilor medicale, statutul de persoană asigurată/neasigurată, accesînd baza de date a Companiei și actele care atestă identitatea pacientului. În cazul spitalizării, să stabilească statutul de persoană asigurată/neasigurată la momentul internării. În caz de necesitate, să contacteze Compania;

să nu refuze acordarea asistenței medicale persoanelor în caz de urgență, iar cheltuielile pentru asistența medicală urgentă în cazul persoanelor neasigurate se vor efectua în condițiile art.5



1


(7) un bogu
Asistență medicală;

să acorde servicii medicale persoanelor, utilizând formele cele mai economice și eficiente de diagnostic și tratament;

să asigure existența în stoc a medicamentelor, articolelor parafarmaceutice și consumabilelor necesare prestării serviciilor medicale prevăzute în Programul unic;

să informeze persoanele despre drepturile pe care le au, inclusiv despre volumul, modul și condițiile de acordare a serviciilor medicale, prevăzute în Programul unic și prezentul Contract;

să țină la un loc vizibil și accesibil persoanelor registrul, numerotat, broșat și parafat de Companie, al sesizărilor, propunerilor și reclamațiilor persoanelor asigurate;

să planifice proporțional, pe parcursul anului, în limita sumei contractate, volumul și spectrul de servicii medicale, asigurând activitatea Prestatorului în cadrul întregului an de gestiune;

să prezinte Companiei pentru coordonare și aprobare, în termen de 30 de zile lucrătoare din data semnării Contractului, devizul de venituri și cheltuieli din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (business-plan), precum și modificările introduse în acesta, în cazul încheierii unor acorduri adiționale la Contract;

să prezinte Companiei, până la data de 18 a lunii imediat următoare perioadei de gestiune, factura pentru serviciile medicale prestate și documentele justificative în modelul solicitat de Companie, conform prevederilor prezentului Contract și Criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv de gestiune;

să țină evidența și să completeze corect și la timp registrul persoanelor, cărora li s-a acordat asistență medicală, prezentând Companiei lunar, nu mai târziu de data de 5 a lunii imediat următoare, dări de seamă despre volumul de asistență medicală acordat, conform modelului aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companie, pe tipuri de asistență medicală;

să prezinte dările de seamă pentru luna decembrie/trimestrul IV și facturile de plată pentru luna decembrie/trimestrul IV al anului respectiv de gestiune conform termenelor stabilite de Companie, ultimele zile ale lunii fiind incluse în darea de seamă pentru luna ianuarie a anului următor;

să prezinte Companiei, până la data de 15 a lunii imediat următoare trimestrului de gestiune, informația privind cazurile tratate cu leziuni corporale și alte maladii pricinuite persoanelor asigurate din vina persoanelor fizice și juridice, după modelul solicitat de Companie;

să prezinte materialele/documentele și să creeze condițiile necesare, inclusiv prin asigurarea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea Companiei a volumului și modului de acordare a asistenței medicale, în temeiul prezentului Contract, precum și gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor medicale contractate;

să comunice Companiei, în termen de cel mult 3 zile după adoptarea deciziei, despre întreruperea activității sau anularea licenței, reorganizarea sau lichidarea instituției, inițierea procesului de insolvență, pentru ca Compania să poată încheia contracte cu altă instituție medicală;

să respecte prevederile standardelor medicale de diagnostic și tratament și ale protocoalelor clinice aprobate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale;

să utilizeze sistemele informaționale ale Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companiei, prezentând și preluând rapoarte și alte date prevăzute de actele normative în vigoare și de prezentul contract;

să asigure veridicitatea datelor incluse în facturile și dările de seamă prezentate Companiei;

să acopere, din contul mijloacelor financiare obținute, conform prezentului contract, doar cheltuielile necesare realizării Programului unic;

să-și reînnoiască baza tehnico-materială, după caz, din alocațiile fondatorului și mijloacele financiare obținute în conformitate cu legislația în vigoare;

să utilizeze mijloacele financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală numai pentru acordarea serviciilor medicale persoanelor încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și persoanelor neasigurate care au dreptul la asistență medicală specificată în

A. K. H. ²

Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală;

să nu încaseze, de la persoanele asigurate, sume pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării prezentului Contract și a condițiilor stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic;

să asigure respectarea Regulamentului privind prescrierea medicamentelor compensate pentru tratamentul în condiții de ambulator al persoanelor înregistrate la medicul de familie, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1372 din 23 decembrie 2005;

să asigure completarea formularului de rețetă pentru prescrierea și eliberarea medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în conformitate cu Instrucțiunea de completare a rețetei pentru medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobată prin ordinul comun al organului central de specialitate al administrației publice în domeniul respectiv și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

3.2. Compania se obligă:

să transfere Prestatorului mijloacele financiare, în conformitate cu facturile prezentate pentru serviciile medicale acordate persoanelor, în temeiul și în limitele prezentului Contract;

să verifice corespunderea cu clauzele Contractului a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor contractate.

4. Costul serviciilor, termenul și modul de achitare

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

4.2. Compania achită lunar sau trimestrial, în dependență de mijloacele financiare disponibile Prestatorului serviciile acordate, conform dărilor de seamă și facturilor de plată, dar nu mai mult de volumul prevăzut în prezentul Contract și nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturii de plată.

4.4. Pentru tipurile de servicii medicale contractate, pentru care în Criteriile de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală este prevăzută achitarea în avans, Compania efectuează lunar, în limitele mijloacelor financiare disponibile, pînă la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de pînă la 80% din 1/12 parte din suma contractuală aferentă acestor servicii.


4.5. În cazul în care suma transferată în avans va depăși suma calculată în baza dărilor de seamă acceptate pentru serviciile prestate, conform prezentului Contract, diferența obținută va fi reținută din contul transferurilor ulterioare sau, după caz, returnată la conturile Companiei.

4.6. Volumul anual de servicii medicale achitat din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală poate fi revăzut în partea majorării sau micșorării lui în dependență de activitatea Prestatorului și a posibilităților financiare ale Companiei.

4.7. Descrierea detaliată a modalității de achitare a serviciilor medicale este prevăzută anual în Criteriile de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală.

5. Responsabilitatea Părților contractante

5.1. Prestatorul este obligat să repare prejudiciile cauzate Companiei prin prezentarea spre achitare a documentelor de plată neautentice, a documentelor de plată cu indicarea pentru achitare a serviciilor care de fapt nu au fost acordate sau nu trebuiau să fie achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală, în conformitate cu Programul unic, sau au fost acordate în alt volum. La serviciile neacordate se atribuie și cazurile cînd serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calității și calificării, inclusiv condiționarea procurării de către pacient a medicamentelor, investigațiilor și achitarea altor plăți nelegitime.



5.2. În cazul comiterii cazurilor menționate la subpunctul 5.1 prin raportul de evaluare întocmit de structurile abilitate ale Companiei, Compania va reține suma prejudiciată din contul transferurilor pentru luna imediat următoare.

5.2¹. Prestatorii de servicii medicale în asistența medicală primară, asistența medicală specializată de ambulator și asistență medicală spitalicească poartă responsabilitate pentru:

prescrierea neregulamentară și/sau neargumentată a rețetelor pentru medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, precum și pentru eliberarea neargumentată a biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și servicii medicale de înaltă performanță. În cazul în care în urma evaluărilor va fi constatată prejudicierea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, Compania va percepe suma prejudiciată, care se va transfera la contul Companiei. În cazul completării neregulamentare a formularului de rețetă pentru medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, Compania va aplica o penalitate de 5% din suma compensată a rețetelor completate eronat;

înregistrarea neregulamentară a persoanei la medicul de familie din instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară. În cazul constatării înregistrărilor duble ale persoanelor, precum și lipsa cererilor completate de persoană în modul stabilit, Compania va reține suma aferentă, la tariful stabilit în prezentul Contract, din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare și va aplica o penalitate în mărime de 10% din suma reținută, care va fi transferată la contul Companiei;

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 în conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare, precum și alte acte justificative la cererea Companiei. În cazul constatării înscrierilor neautentice, Compania va reține suma aferentă din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare și va aplica o penalitate în mărime de 10% din suma reținută, care va fi transferată la contul Companiei;

nerespectarea Standardelor codificării diagnosticelor și procedurilor în Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice (DRG). În cazul în care prin nerespectarea lor se constată mărirea neargumentată a costului cazului, ca urmare a efectuării auditului codificării, se va reține diferența de cost al cazurilor de pînă la și după auditul codificării din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare.

5.3. În cazul confirmării refuzului de acordare a asistenței medicale prevăzute de Contract, Prestatorul va achita Companiei o penalitate de 30% din valoarea estimată a serviciilor medicale ce urmau a fi acordate și va restitui pacientului cheltuielile suportate, confirmate documentar.

5.3¹. Nu se admite dezafectarea de către Prestatori a sumelor provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru alte scopuri decît cele pentru care sînt stabilite conform legislației și prezentului Contract. Pentru sumele dezafectate, depistate în urma evaluărilor și monitorizărilor efectuate, se va percepe suma dezafectată și se va aplica o penalitate în mărime de 0,1% din sumă pentru fiecare zi de utilizare a mijloacelor fondurilor în alte scopuri decît cele stabilite de legislație, care se va transfera la conturile Companiei.

5.3². Prestatorul poartă responsabilitate pentru neexecutarea pretențiilor înaintate în urma evaluării efectuate. În cazul neexecutării în termenul stabilit a pretențiilor înaintate, prestatorului i se va aplica o penalitate de 1% din suma menționată în pretenție, cu aplicarea unui nou termen de executare a acesteia. În cazul neexecutării repetate a pretenției, Compania va aplica o penalitate de 2% din suma înaintată în ultima pretenție.

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

5.5. În caz de forță majoră, Partea care o invocă este exonerată de răspundere în baza prezentului Contract:

Partea nominalizată trebuie să anunțe cealaltă Parte, în termen de 5 zile, despre apariția respectivului caz de forță majoră, precum și despre încetarea acestuia;

dacă nu procedează la anunțarea, în termenele prevăzute mai sus, a începerii și încetării cazului de forță majoră, Partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte Părți prin neanunțarea în termen;

în cazul în care acțiunea forței majore se prelungește pe o perioadă de peste 6 luni, fiecare Parte poate cere rezilierea Contractului.

5.6. Prestatorul este obligat să restituie pacientului cheltuielile suportate de acesta și justificate documentar care, fiind incluse în costul serviciilor medicale prestate, au fost achitate de Companie conform prezentului Contract.

6. Procedura de încheiere a Contractului și termenul de valabilitate

6.1. Prezentul Contract se consideră încheiat din data semnării lui de către Părți și devine valabil de la 1 ianuarie 2020 până la 31 decembrie 2020.

6.2. Procedura de negociere a condițiilor Contractului pentru anul următor va fi inițiată, de regulă, până la data de 1 noiembrie a anului curent de gestiune. Până la data de 31 decembrie Compania pregătește și coordonează cu Prestatorul proiectul contractului și anexele respective.

7. Modificarea, încetarea și rezilierea Contractului

7.1. În cazul în care vor surveni modificări ale tarifelor la serviciile medicale, Părțile vor modifica volumul acestor servicii în limitele sumei contractuale anuale.

7.2. Prezentul Contract poate fi reziliat din inițiativa Companiei, printr-o notificare în următoarele cazuri:

dacă Prestatorul nu începe activitatea în termen de 7 zile calendaristice de la data semnării Contractului, în cazul executării de către Companie a obligațiilor sale stipulate în prezentul Contract;

în caz de inițiere a procesului de insolabilitate, dizolvare, reorganizare, retragere sau expirare a licenței sau a certificatului de acreditare a Prestatorului precum și a autorizației sanitare de funcționare;

dacă, din motive imputabile Prestatorului, acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

în cazul refuzului Prestatorilor de a pune la dispoziția structurilor abilitate cu dreptul de evaluare și monitorizare ale Companiei, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor acordate conform Contractului, a documentelor justificative privind sumele achitate de Companie, a documentelor medicale și administrative existente la nivelul Prestatorului evaluat și monitorizat, precum și în cazul îngrădirii accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea Companiei.

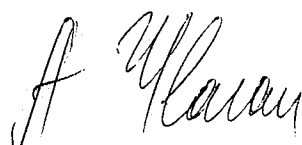
7.3. Prezentul Contract poate fi reziliat de către Părțile contractante pentru neonorarea obligațiilor contractuale, cu condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

7.4. În caz de modificare pe parcursul anului de gestiune a legislației ce reglementează sistemul ocrotirii sănătății, modul de acordare a asistenței medicale sau condițiile de contractare a prestatorilor în sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală, Părțile contractante se obligă în termen de 30 de zile calendaristice din data survenirii modificărilor să modifice prezentul Contract prin acorduri adiționale. Refuzul Prestatorului de a semna acorduri adiționale în termenul stabilit în prezentul subpunct va servi drept temei pentru rezilierea automată a Contractului.

8. Corespondența

8.1. Corespondența ce ține de derularea prezentului Contract se efectuează în scris prin poștă, fax, curier sau în format electronic la adresele de corespondență menționate în rechizitele Contractului.

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



9. Alte condiții

9.1. Presentul Contract este întocmit în două exemplare, a câte 12 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare Parte, cu aceeași putere juridică.

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

9.3. Litigiile neșoluzionate pe cale amiabilă țin de competența instanțelor judecătorești abilitate conform legislației în vigoare.

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

9.5. Compania poate delega unele drepturi și obligațiuni ce reies din prezentul Contract agențiilor sale teritoriale (ramurale).

9.6. Anexele nr.1-5 constituie parte integrantă a prezentului Contract.

Adresele juridice și rechizitele bancare ale Părților

Compania

Compania Națională de
Asigurări în Medicină
mun. Chișinău, str. Vlaicu Pîrcălab nr.46
IDNO 1007601007778

Prestatorul

IMSP „Asociația Medicală
Teritorială Centru”
mun. Chișinău, str. 31 August 1989 nr.63
IDNO 1003600153267
IBAN:
MD59TRPCBW518430A00361AA - AMP
MD14TRPCBW518430B00361AA - AMSA
MD66TRPCBW518430C00361AA - SIP
Ministerul Finanțelor - Trezoreria de Stat
Cod bancar: TREZMD2X

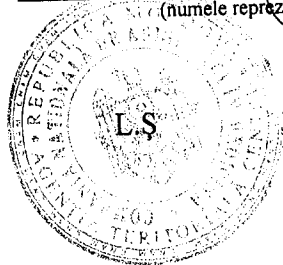
Semnăturile părților

Compania

Agentia Centru

Pruteanu Tudor

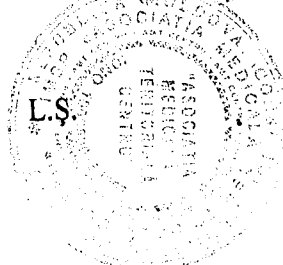
(numele reprezentantului Companiei)



Prestatorul

Glavan Anadela

(numele reprezentantului Instituției medicale)



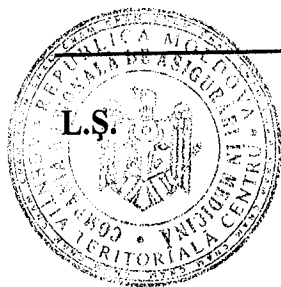
Anexa nr. 1
 la Contractul de acordare a asistenței
 medicale (de prestare a serviciilor medicale)
 în cadrul asigurării obligatorii de asistență
 medicală nr. 05-08/78
 din 31 decembrie 2019

Asistență medicală primară

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2020 Prestatorului i se planifică următorul volum de asistență medicală primară:

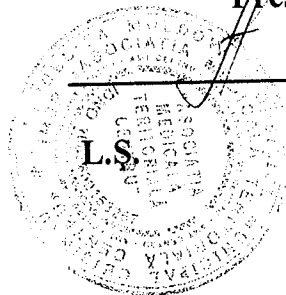
Nr. d/o	Profil / Grup de vîrstă	Tarif per capita (lei)	Numarul persoanelor înregistrate în IMS ce prestează AMP	Suma (lei)
1) Per capita				
1	AMP De la 0 pina la 5 ani	581.84	6 421.00	3 735 994.64
2	AMP De la 5 pina la 50 ani	342.26	73 971.00	25 317 314.46
3	AMP De la 50 ani si peste	513.39	31 172.00	16 003 393.08
4	Suma pentru activitati specifice CS raionale si AMT	10.00	162 603.00	1 626 030.00
		TOTAL:	X	274 167.00
2) Buget global				
1	Incadrarea rezidentilor in sistem			1 690 514.29
		TOTAL:	X	1 690 514.29
3) Indicatori Estimativ				
1	Suma estimativa pentru indicatorii de performanta			5 203 287.00
		TOTAL:	X	5 203 287.00
Suma totala alocata pentru asistenta medicala primara constituie				53 576 533.47

Compania



[Handwritten signature]

Prestatorul



[Handwritten signature]

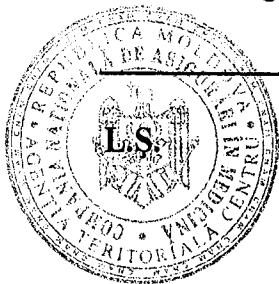
Anexa nr. 2
 la Contractul de acordare a asistentei
 medicale (de prestare a serviciilor medicale)
 în cadrul asigurării obligatorii de asistență
 medicală nr. 05-08/78
 din 21 decembrie 2019

Asistență Medicală Specializată De Ambulator

In conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2020 Prestatorului i se planifica următorul volum de asistență medicală specializată de ambulator:

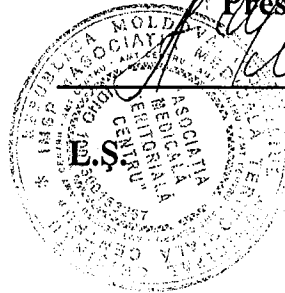
Nr. d/o	Profil	Tarif per capita (lei)	Númerul persoanelor asigurate înregistrate	Suma (lei)
AMSP				
1) Per capita				
1	AMSP per capita	140.56	98 542.00	13 851 063.52
TOTAL:		X	98 542.00	13 851 063.52
2) Buget global				
1	BG Traumatologie			2 190 572.24
TOTAL:		X		2 190 572.24
3) Plata retrospectiva per serviciu în limitele bugetului contractat				
1	Tbc AMSA			466 005.75
TOTAL:		X		466 005.75
Suma totala pentru AMSP				16 507 641.51
IN TOTAL:				16 507 641.51

Compania



[Handwritten signature]

Prestatorul



[Handwritten signature]

Anexa nr. 3
 la Contractul de acordare a asistenței
 medicale (de prestare a serviciilor medicale)
 în cadrul asigurării obligatorii de asistență
 medicală nr. 05-08/198
 din 31 decembrie 2019

Servicii medicale de înaltă performanță

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2020 Prestatorului i se planifica următorul volum de servicii medicale de înaltă performanță:

Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
2	Determinarea microalbuminei în urină	56	
38	Determinarea imunoglobulinei E totală	68	
49	Testarea antigenului Kell	16	
52	Determinarea anticorpilor anti-Rh	21	
85	Determinarea CA 19-9	85	
87	Determinarea CA 15-3	85	
88	Determinarea CA 125	88	
90	Determinarea CEA	82	
93	Determinarea AFP	70	
94	Determinarea PSA	70	
114	Determinarea markerului oncologic SYFRA 21-1	88	
115	Determinarea markerului oncologic CA - 72-4	73	
128	Determinarea T4-liber	74	
132	Determinarea T3. ELISA	68	
135	Determinarea T4. ELISA	68	
136	Determinarea TSH. ELISA	68	
141	Determinarea prolactinei. ELISA	64	
143	Determinarea anti-TG. ELISA	69	
145	Determinarea anti-TPO. ELISA	70	
148	Determinarea cortizolului. ELISA	69	
151	Determinarea testosteronului. ELISA	70	
156	Determinarea LH. ELISA	67	
157	Determinarea FSH. ELISA	68	
162	Determinarea estradiolului. ELISA	70	
304	Spirografia și pneumotahografia (curba debit/volum). investigație suplimentară	37	
306	Monitorizare (Holter) Tensiune Arterială	66	
317	Ecografia ficatului cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie	380	
318	Ecografia pancreasului cu 2 D în scară gri + Doppler	238	
320	Ecografia splinei cu 2 D în scară gri + Doppler	238	
322	Ecografia rinichilor cu 2 D în scară gri + Doppler	295	
324	Ecografia uterului cu 2 D în scară gri + Doppler	266	
326	Ecografia ovarelor cu 2 D în scară gri + Doppler	283	
328	Ecografia vizicii urinare cu 2 D în scară gri + Doppler	278	
330	Examen ecografic al glandei tiroide cu 2 D în scară gri + Doppler	311	
332	Examen ecografic al glandei mamare cu 2 D în scară gri + Doppler	248	
335	Examen ecografic al prostatei (transrectal) sonda biplan cu 2 D în scară gri + Doppler	248	

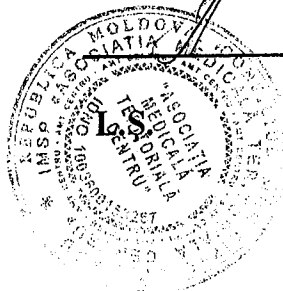
Nr. PU	Servicii	Tarif	Suma (lei)
338	Examenul ecografic al scrotului cu 2 D în scară gri + Doppler	238	
340	Examenul ecografic al penisului cu 2 D în scară gri + Doppler	238	
343	Examen ecografic musculoscheletal al unei zone – articulație anatomică cu 2 D în scară gri + Doppler	295	
347	Examenul ecografic al țesurilor moi și ganglionilor limfatici ai unei zone	295	
351	Osteodensitometrie	121	
354	Sonodopplerografia vaselor membrelor inferioare (Doppler spectral)	56	
355	Sonodopplerografia arterelor membrelor inferioare (Dopler spectral)	64	
356	Sonodopplerografia venelor membrelor inferioare (Dopler spectral)	64	
357	Sonodopplerografia patologiei unui organ	130	
358	Elastografia formațiunilor tumorale ale unui organ	140	
361	Ultrasonografia vaselor magistrale cervico-cerebrale (extra -intra craniene)	346	
362	Ultrasonografia vaselor magistrale membrelor superioare	428	
363	Ultrasonografia arterelor membrelor inferioare	428	
364	Ultrasonografia venelor membrelor inferioare	428	
365	Sonodopplerografia vaselor unui sistem de organe (hepatolienal/renal)	59	
367	Sonodopplerografia uterină	70	
369	Sonodopplerografia ombilicală	41	
384	Ecocardiografie (M. 2D. Doppler. Doppler Color)	337	
612	Esofagogastrroduodenofibroscopie diagnostică cu determinarea germenului	334	
617	Rectoscopie diagnostică	334	
621	Audiometria tonală supraliminară	12	
Suma totala alocata pentru servicii medicale de înaltă performanță constituie			692 359.00

Compania



[Handwritten signature]

Prestatorul



[Handwritten signature]

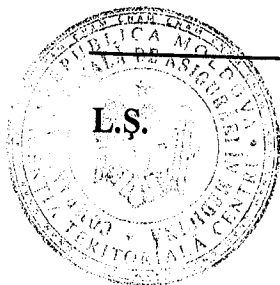
Anexa nr. 4
 la Contractul de acordare a asistentei
 medicale (de prestare a serviciilor medica.
 în cadrul asigurării obligatorii de asistentă
 medicală nr. 05-08/98
 din 31 decembrie 2019

Îngrijiri Medicale Comunitare Și La Domiciliu

In conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2020 Prestatorului i se planifica urmatorul volum de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu:

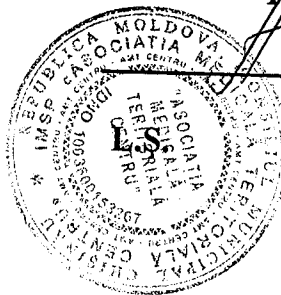
Nr. d/o	Profil / Grup de virsta	Pretul unei vizite (lei)	Numarul de vizite asistate de IMD pentru persoane asigurate din numărul total de persoane inregistrate in IMS ce presteaza AMP	Suma (lei)
1) Buget global				
1	Centrul comunitar de sanatate mintala			1 405 807.00
2	Centrul prietenos tinerilor			884 034.00
TOTAL:			X	2 289 841.00
Suma totala alocata pentru îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu				2 289 841.00

Compania



[Handwritten signature]

Prestatorul



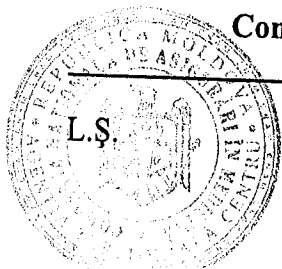
[Handwritten signature]

Anexa nr. 5
la Contractul de acordare a asistenței
medicale (de prestare a serviciilor
medicale) în cadrul asigurării obligatorii
de asistență medicală nr. 05-08/48
din 31 decembrie 2019

Condiții speciale

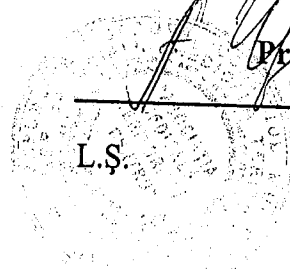
În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2020 Părțile contractante au convenit asupra următoarelor:

1. Executarea prezentului Contract se va efectua în conformitate cu Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2020 și a Normelor metodologice cu privire la elaborarea și aprobarea 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 (în continuare – Norme metodologice).
2. Suma contractuală destinată asistenței medicilor specialiști de profil este prevăzută pentru deservirea persoanelor asigurate din: AMT Centru, com. Vadul lui Vodă, or. Cricova, com. Ciorescu și SRL „GLORIAMED”.
3. 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 Centru, IMSP Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”, IMSP Policlinica Cancelariei de Stat a Republicii Moldova, Î.S. Centrul Consultativ Diagnostic al Ministerului Apărării, „SINDBIODAN” SRL, SRL „On Clinic Moldova” și SRL „GLORIAMED” în dependență de domiciliul persoanei.
4. Prestatorul este obligat în termen de 15 de zile calendaristice să informeze Compania despre repartizarea investigațiilor fiecărei instituții medico-sanitare cu drept de trimitere la servicii medicale de înaltă performanță, cu specificarea numărului și sumei.
5. Prestatorul este obligat să comunice Companiei în decurs de 3 zile despre imposibilitatea prestării serviciilor medicale de înaltă performanță contractate (inclusiv din cauza defectării aparatajului medical).
6. Prestatorul va ține evidența biletelor de trimitere pentru investigațiile paraclinice prestate de alți prestatori efectuate la trimiterea medicului de familie/medicului specialist de profil, specificate în anexa nr.4 la Programul unic, precum și evidența biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și servicii medicale de înaltă performanță.
7. Prestatorul poartă responsabilitate pentru planificarea/executarea cotei minime prevăzute în Normele metodologice a cheltuielilor pentru investigațiile paraclinice prestate de alți prestatori efectuate la trimiterea medicului de familie/medicului specialist de profil, specificate în anexa nr.4 la Programul unic. În cazul în care Prestatorul nu va valorifica cotele planificate (aprobat) și va înregistra sold de mijloace bănești la sfârșitul perioadei de gestiune (ținând cont de datoriile debitoare și creditoare), Compania va reține diferența dintre suma planificată și cea executată (cheltuieli efective) din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare.
8. Suma contractuală anuală stabilită în pct.2.2 din prezentul Contract include și suma destinată creșterii salariale din 01.04.2020 în conformitate cu actele normative în vigoare.



Compania

[Signature]



Prestatorul

[Signature]