



ROMÂNIA
JUDEȚUL BRAȘOV



CONSILIUL LOCAL FĂGĂRAȘ

Strada Republicii, Nr. 3, 505200, Tel: 0040 268 211 313, Fax: 0040 268 213 020
Web: www.primaria-fagaras.ro, Email: secretariat@primaria-fagaras.ro

HOTĂRÂREA nr.192 din data de 27 iulie 2018

- privind închirierea directă a unui spațiu cu destinație Cabinet medical medicină de familie, situat în Făgăraș, str.1 Decembrie 1918, Bl.56 Ap.2, identic cu cel înscris în CF-.102224-C1-U6-Făgăraș, fost CF.6710-Făgăraș cu nr.top.1677-1687/8/1/2/2

CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI FĂGĂRAȘ, întrunit în ședință ordinară,

Având în vedere Referatul Serviciului urbanism, cadastru și energetic nr 19661/20.06.2018, prin care se propune închirierea directă a unui spațiu cu destinație Cabinet medical medicină de familie situat în Făgăraș str.1 Decembrie 1918 Bl.56 Ap.2, identic cu cel înscris în CF-.102224-C1-U6-Făgăraș, fost CF.6710-Făgăraș cu nr.top.1677-1687/8/1/2/2, fiind înregistrat în inventarul bunurilor ce aparțin domeniului privat al municipiului sub nr.10512,

Văzând avizul favorabil al Comisiei de studii, prognoze economico-sociale, buget finanțe și administrarea domeniului public și privat al municipiului, al Comisiei pentru servicii publice, pentru comerț și agricultură, precum și al Comisiei pentru administrație publică locală, juridică, apărarea ordinii publice, respectarea drepturilor și libertăților cetățenești, problemele minorităților,

În conformitate cu prevederile art.36 alin.(5) lit.a și ale art.123 alin. 1 din Legea nr.215/2001, privind administrația publică locală republicată, și ale art.14 alin.1-2 din OG nr.124 din 29.08.1998, privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, ale Deciziei nr.4/2008 prin care în temeiul a., art.404 alin.1 lit a dinm Legea nr.95/2006, privind reforma în domeniul sănătății, conform căreia medicii indiferent de sex își pot desfășura activitatea până la 65 ani,

În temeiul art.45 alin.(3) și art. 115 alin.1 lit. b din Legea administrației publice locale nr.215/2001, republicată, modificată și completată,

HOTĂRĂȘTE:

Art.1. Se aprobă închirierea directă a unui spațiu cu destinație Cabinet medical medicină de familie situat în Făgăraș str.1 Decembrie 1918 Bl.56 Ap.2, identic cu cel înscris în CF-.102224-C1-U6-Făgăraș, fost CF.6710-Făgăraș cu nr.top.1677-1687/8/1/2/2, fiind înregistrat în inventarul bunurilor ce aparțin domeniului privat al municipiului sub nr.10512, în suprafață totală de 12,29 mp și a cotei de 1/3 din elementele de uz comun: sală tratament de 8,34 mp, wc 2,09 mp, sală așteptare 12,02 mp, hol 5,27 mp cu achitarea contravalorii utilităților, d-nei dr. MARELE FELICIA CRISTINA, având CNP 2570219082440 și CI seria BV nr.803944 eliberată la data de 01.03.2012, cu sediul profesional în Făgăraș, str.1 Decembrie 1918 Bl.56 Ap.2- medicul titular al cabinetului, spațiul fiind folosit în regim de tură-contratură conform acordului de voință privind împărțirea timpului de folosință.

Art.2 Prețul de închiriere va fi de 1,1 lei/mp/lună conform anexei nr.8 la HCL nr.89 din 29.05.2017 privind stabilirea impozitelor și taxelor pentru 2018.

Art.3 Durata închirierii începând cu data de 13.07.2018 până în data de 31.12.2022.

Art.4-Cu ducerea la îndeplinire a prevederilor prezentei hotărâri, se încredințează Primarul Municipiului Făgăraș, prin Serviciul urbanism, cadastru și energetic.

PREȘEDINTE DE ȘEDINȚĂ,
CLONȚ DAN VALENTIN



COMNTRASEMNEAZĂ,
Secretarul municipiului
LAURA ELENA GIUNCA

ANEXA LA HG LAR 192/2018



Oficiul de Cadastru și Publicitate Imobiliară BRASOV
Biroul de Cadastru și Publicitate Imobiliară Fagaras

Nr. cerere	13317
Ziua	20
Luna	06
Anul	2018

**EXTRAS DE CARTE FUNCIARĂ
PENTRU INFORMARE**

Carte Funciară Nr. 102224-C1-U6 Fagaras



A. Partea I. Descrierea imobilului

Unitate individuală

Nr. CF vechi: 6710

Adresa: Loc. Fagaras, Zona Centru II, Bl. 56, Ap. 2, Jud. Brasov

Părți comune: terenul, fundatii, racordul utilitati, casa scarii, uscatorie, antena R- tv, fatada, terasa, subsolet tehnic, instalatii aferente acestora si trotuar garda.

Nr crt	Nr. cadastral	Suprafata construită	Suprafata utilă (mp)	Cote părți comune	Cote teren	Observații / Referințe
A1	Top: 1677-1687/8/1/2/2			17/185	17/185	Apartament, 2 compus din: 3 camere, hol, bucătărie, cămară, baie, debara cu o cotă de 17,21 m.p. din părțile de uz comun

B. Partea II. Proprietari și acte

Înscrieri privitoare la dreptul de proprietate și alte drepturi reale	Referințe
838 / 06/06/1991	
Adresa nr. 5985, din 29/05/1991 emis de RASC Făgăraș;	
B1	A1
Intabulare, drept de PROPRIETATE, dobandit prin Lege, cota actuala 1/1	
1) STATUL ROMÂN	
OBSERVATII: (provenita din conversia CF 6710)	

C. Partea III. SARCINI .

Inscrieri privind dezmembrămintele dreptului de proprietate, drepturi reale de garanție și sarcini	Referințe
NU SUNT	



Anexa Nr. 1 La Partea I

Unitate individuală, Adresa: Loc. Fagaras, Zona Centru Ii, Bl. 56, Ap. 2, Jud. Brasov

Părți comune: terenul, fundatii, racordul utilitati, casa scarii, uscatorie, antena R- tv, fatada, terasa, subsol tehnic, instalații aferente acestora si trotuar garda.

Nr. crt.	Nr. cadastral	Suprafata construită	Suprafata utilă (mp)	Cote părți comune	Cote teren	Observații / Referințe
A1	Top. 1677-1687/8/1/2/2			17/185	17/185	Apartment 2 compus din: 3 camere, hol, bucătărie, cămară, baie, debara cu o cotă de 17,21 m.p. din părțile de uz comun

Certific că prezentul extras corespunde cu pozițiile in vigoare din cartea funciară originală, păstrată de acest birou.

Prezentul extras de carte funciară este valabil la autentificarea de către notarul public a actelor juridice prin care se sting drepturile reale precum și pentru dezbaterea succesiunilor, iar informațiile prezentate sunt susceptibile de orice modificare, în condițiile legii.

S-a achitat tariful de 20 RON, -Chitanta interna nr.2018003822/20-06-2018 în suma de 20, pentru serviciul de publicitate imobiliară cu codul nr. 272.

Data soluționării,
20-06-2018

Data eliberării,
/ /

Asistent Registrator,
DANIELA CIMPOIES

(parafa și semnătura)

Referent,

(parafa și semnătura)





Oficiul de Cadastru și Publicitate Imobiliară BRASOV
Biroul de Cadastru și Publicitate Imobiliară Fagaras

Nr. cerere 13317
Ziua 20
Luna 06
Anul 2018

EXTRAS DE CARTE FUNCİARĂ PENTRU INFORMARE

Carte Funciară Nr. 102224 Fagaras

Cod verificare



100058574160

A. Partea I. Descrierea imobilului

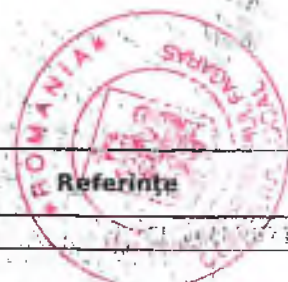
TEREN Intravilan

Nr. CF, vechi: 6710

Adresa: Loc. Fagaras, Zona Centru II, Jud. Brasov, Bl.56

Nr. Crt	Nr. cadastral Nr. topografic	Suprafața* (mp)	Observații / Referințe
A1	Top: 1677 - 1687/8/1/2	185	Construcția C1 înscrisă în CF 102224-C1; CONSTRUCȚIILE: C1 IN CF 102224-C1

B. Partea II. Proprietari și acte



Înscrieri privitoare la dreptul de proprietate și alte drepturi reale		Referințe
838 / 06/06/1991		
Act nr. 0;		
B1	Intabulare, drept de PROPRIETATE, dobândit prin Lege, cota actuala 109/185 1) STATUL ROMAN OBSERVAȚII: (provenita din conversia CF 6710)	A1 / B.11
3394 / 19/11/1999		
Contract De Schimb nr. 2434, din 17/11/1999 emis de NP Mariana Gyergyai;		
B5	Intabulare, drept de PROPRIETATE, schimb, dobândit prin Convenție, cota actuala 17/185 1) DRAGHICIU MARCEL 2) DRAGHICIU JANA OBSERVAȚII: (provenita din conversia CF 6710) cota de 9,3% din elementele de uz comun, respectiv 17,21mp aferent ap.6, C1-U4	A1
1336 / 30/04/1999		
Act De Dezmembrare Cu Contract De Vanzare Cumparare nr. 818, din 29/04/1999 emis de NP Gyergyai Mariana;		
B6	Intabulare, drept de PROPRIETATE cumparare, dobândit prin Succesiune, cota actuala 21/185 1) CAPATANA CONSTANTIN 2) CAPATANA ANA OBSERVAȚII: (provenita din conversia CF 6710) Ipoteca C.3 cota de 21,24 m.p. din partile de uz comun aferente apt.5 C1-U5	A1
11004 / 29/06/2016		
Act Notarial nr. 1115, din 28/06/2016 emis de Gyergyai Mariana;		
B8	Intabulare, drept de PROPRIETATE cumpărare, ca bun comun, în condițiile art.339 Cod civil, asupra cotei de 17,21 m.p. din elementele de uz comun, aferentă ap.7, C1-U3, dobândit prin Convenție, cota actuala 17/185 1) CÂMPAN MARIA 2) CÂMPAN ALEXANDRU VALENTIN , soți OBSERVAȚII: Ipotecă C.5	A1 / B.10
Act Administrativ nr. PC8_210432, din 15/06/2016 emis de FNGCIM/ASA IFN;		
B10	Se notează interdicția de înstrăinare pe o perioadă de 5 ani de la data dobândirii și interdicția de grevare pe durata finanțării, asupra cotei de 17,21 m.p. din imobilul cu nr. top.1677-1687/8/1/2, aferentă ap.7, C1-U3, de sub B.8	A1
4077 / 27/08/2004		

Înscrieri privitoare la dreptul de proprietate și alte drepturi reale	Referințe
Contract De Vânzare Cumparare nr. 2727, din 26/08/2004 emis de NP ADRIAN BOAMFA;	
B11 Intabulare, drept de PROPRIETATE cumpărare, ca bun comun, asupra cotei de 21,51 m.p. din teren si elementele de uz comun, aferentă ap. nr. 4, C1-U9, dobandit prin Conventie, cota actuala 21/185	A1
1) STREZA DUMITRU 2) STREZA MARCELA , n. Aldea	

C. Partea III. SARCINI

Înscrieri privind dezmembrămintele dreptului de proprietate, drepturi reale de garanție și sarcini	Referințe
2742 / 03/10/2001	
Act nr. 0;	
F1 Intabulare, drept de FOLOSINTA, dobandit prin Lege, cota actuala 21/185	A1
1) ELUIERAS IOAN 2) ELUIERAS ECATERINA OBSERVATII: (provenita din conversia CF 6710) cota de 21,51 m.p. din elementele de uz comun, aferenta ap.nr.8	
3681 / 18/12/2002	
Sentinta Civila nr. 1626 din 2001 emis de Judecatoria Fagaras;	
C2 Intabulare, drept de FOLOSINTA, dobandit prin Hotarare judecatoreasca, cota actuala 17/370	A1 / C.6, C.7, C.8
2) POPENECIU SIMONA OBSERVATII: (provenita din conversia CF 6710) 1/2 din cota de 17,21 m.p. din elementele de uz comun, aferenta ap.nr. 3, C1-U2	
3222 / 10/12/1998	
Contract De Ipoteca nr. 2710/1998 emis de Banca Internationala a Religiiilor Ag.Fagaras;	
C3 Intabulare, drept de IPOTECA, Valoare:115000000 RONinterdictia de instrainare si grevare, aferente cotei de 21,24 m.p.din terenul apt.5 in favoarea:	A1
1) BANCA INTERNATIONALA A RELIGIILOR-AGENTIA FAGARAS OBSERVATII: (provenita din conversia CF 6710)	
3211 / 29/09/1997	
Sentinta Civila nr. 2111/1997 emis de Judecatoria Fagaras;	
C4 Intabulare, drept de FOLOSINTA, dobandit prin HOTARARE JUDECATOREASCA, cota actuala 17/185	A1
1) GHECIU DOINA OBSERVATII: (provenita din conversia CF 6710) cota de 17,21 m.p. din elementele de uz comun, aferentă ap.9, C1-U7.	
11004 / 29/06/2016	
Act Administrativ nr. PC8 210432, din 15/06/2016 emis de FNGCMM-SA-IFN;	
C5 Intabulare, drept de IPOTECA LEGALA, Valoare:146493 RONconform Programului "PRIMA CASA", asupra cotei de teren aferentă ap.7, C1-U3, proprietatea de sub B.8, dobandit prin Conventie, cota actuala 17/185	A1
1) BANCA COMERCIALA ROMANA SA , CIF:361757 2) STATUL ROMAN REPREZENTAT DE MINISTERUL FINANTELOR PUBLICE , în procent de 50% din valoarea dreptului de ipotecă	
6469 / 15/03/2018	
Act Notarial nr. 8, din 09/03/2018 emis de Gyergyai Mariana;	
C6 Intabulare, drept de FOLOSINTAasupra 1/8 din cota de 17,21 mp din elementele de uz comun, aferentă ap.3, C1-U2, dobandit prin Succesiune, cota actuala 17/1480	A1
1) POPENECIU SIMONA , soție	
C7 Intabulare, drept de FOLOSINTAasupra 3/16 din cota de 17,21 mp din elementele de uz comun, aferentă ap.3, C1-U2, dobandit prin Succesiune, cota actuala 51/2960	A1
1) POPENECIU GEORGIANA-MARIA , fiică, mîngă	
C8 Intabulare, drept de FOLOSINTAasupra 3/16 din cota de 17,21 mp din elementele de uz comun, aferentă ap.3, C1-U2, dobandit prin Succesiune, cota actuala 51/2960	A1
1) POPENECIU DARIA-RUXANDRA , fiică, mîngă	

Anexa Nr. 1 La Partea I**Teren**

Nr cadastral	Suprafața (mp)*	Observații / Referințe
Top: 1677 - 1687/8/1/2	185	CONSTRUCTIILE: C1 IN CF 102224-C1

* Suprafața este determinată în planul de proiecție Stereo 70.

DETALII LINIARE IMOBIL

*Geometria pentru acest imobil nu a fost sit.***Date referitoare la teren**

Nr Crt	Categorie folosință	Intra vilan	Suprafața (mp)	Tarla	Parcelă	Nr. topo	Observații / Referințe
1	curți constructii	DA	185	-	-	1677 - 1687/8/1/2	

Certific că prezentul extras corespunde cu pozițiile în vigoare din cartea funciară originală, păstrată de acest birou.

Prezentul extras de carte funciară este valabil la autentificarea de către notarul public a actelor juridice prin care se sting drepturile reale precum și pentru dezbaterea succesiunilor, iar informațiile prezentate sunt susceptibile de orice modificare, în condițiile legii.

S-a achitat tariful de 20 RON, -Chitanta interna nr.2018003822/20/06-2018 în suma de 20, pentru serviciul de publicitate imobiliară cu codul nr. 272.

Data soluționării,

20-06-2018

Data eliberării,

/ /

Asistent Registrator,
DANIELA CIMPOIES

(parafa și semnătura)

Referent,



C. Cusor
18.11.2018
[Signature]

MUNICIPIUL FAGARAS
Nr. 19300
Ziua 18 Luna 06 Anul 2018

Catre
Situatia Municipi
[Signature]



Subsemnatul MAZEE CRISTINA
in calitate de medic de familie
la CMJ DR. MAZEE, pe sediu
in Sighet, str. 11 Dec. 1918 nr 56/2
in completarea documentelor
deosebite necesare de servicii medicale
act/aditional, respectiv contract
de inchiriere pentru spitalul
pe care nu mentionez, deosebite
in completare. Contractul de
furnizare de servicii medicale
cu CAS Bressa.

in anexa - copie dupa contract
- copie dupa a'

Sighet 18/11/2018.



ROUMANIE ROMANIA ROMANIA



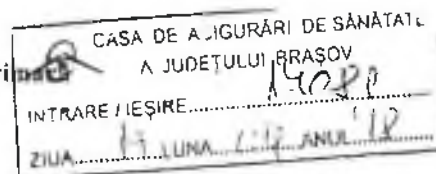
CARTE D'IDENTITE CARTE DE IDENTITATE IDENTITY CARD
SERIA BV NR 803944
CNP 2570219082440 R3067
Nume/Nom/Last name MARELE
Prenume/Prénom/First name FELICIA CRISTINA
Cetățenie/Nationalité/Nationality Română / ROU Sex/Sexe/Sex F
Loc naștere/Lieu de naissance/Place of birth Mun. Făgăraș Jud. Brașov
Domiciliu/Adresse/Address Mun. Făgăraș Jud. Brașov
Str. Doamna Stanca bl.15 sc.B ap.2
Emisă de/Delivree par/Issued by SPCLEP Făgăraș Valabilitate/Validite/Validity 01.03.12-19.02.2072

14. BV

II ROUMARELE<<FELICIA<CRISTINA<<<<<<<<<

BV803944<6ROU5702192F720219120824406

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală primară
nr. F187 din 19.04.2018



I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate a Județului Brașov, cu sediul în municipiul Brașov, str. Mihail Kogălniceanu nr.11, județul Brașov, telefon 0268547665, fax 0268547669 adresă de e-mail secretariat@casbv.ro, reprezentată prin președinte - director general dr. Șeitan Cătălin Eugen,

și

Cabinetul medical de asistență medicală primară **CABINET MEDICAL DE MEDICINA DE FAMILIE DR. MARELE FELICIA-CRISTINA**, organizat astfel:

- cabinet individual CABINET MEDICAL DE MEDICINA DE FAMILIE DR. MARELE FELICIA-CRISTINA, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin medicul titular dr. MARELE FELICIA-CRISTINA.

- cabinet asociat sau grupat, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin medicul delegat,

- societate civilă medicală, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentată prin administratorul

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

- cabinet care funcționează în structura sau în coordonarea unei unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, cu sau fără punct secundar de lucru reprezentat prin

având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna FAGARAS, str. 1 DECEMBRIE 1918 NR56 AP2, județul/sectorul Brașov, telefon fix/mobil 0268215965/0722264619, adresă e-mail c_marele@yahoo.com, și sediul punctului secundar de lucru în localitatea, telefon fix/mobil, adresă e-mail

II. Obiectul contractului

Art. 1. - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform Hotărârii Guvernului nr. 140 /2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018.

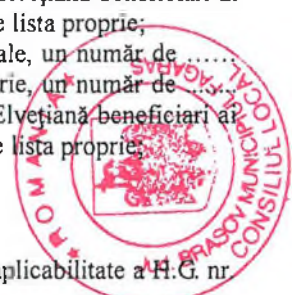
III. Servicii medicale furnizate

Art. 2. - Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază și în pachetul minimal de servicii prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018.

Art. 3. - Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, de către următorii medici de familie:

1 **MARELE FELICIA-CRISTINA**, având un număr de 603 persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de 1200 persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de 1 persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, înscrise pe lista proprie;

2, având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, înscrise pe lista proprie;



IV. Durata contractului

Art. 4. - Prezentul contract este valabil de la data 01 mai 2018 până la 31 decembrie 2018.

Art. 5. - Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 140/2018.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Art. 6. - Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale 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 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, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale 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 în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și/sau prin poșta electronică;

d) 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 și prin poșta electronică;

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 196 alin. (1) din Anexa 2 la H.G. nr. 140/2018, furnizorii de servicii medicale 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;

f) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

g) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; 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;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării și furnizorul a ignorat avertismentele emise de Platforma informatică a asigurărilor sociale de sănătate;

i) 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;

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

k) să facă publică valoarea definitivă a punctului per capita și pe serviciu, rezultată în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor aprobate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor per capita și per serviciu, prin afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total la nivel național de puncte realizate trimestrial, atât per capita, cât și pe serviciu, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

l) să țină evidența distinctă a persoanelor de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcție de casele de asigurări de sănătate la care aceștia se află în evidență;

m) să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au în dotarea cabinetului/furnizorului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora și au competența legală necesară, după caz;

n) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale 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;

o) să pună la dispoziția furnizorilor cu care se află în relații contractuale formatul în care aceștia afișează pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

p) să actualizeze în format electronic - SIUI, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să actualizeze în format electronic - SIUI lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat și persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile legii.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

Art. 7. - Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare;

b) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

c) să informeze asigurații cu privire la:



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

2. pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea minimă garantată; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

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

e) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități clinice sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope - conform prevederilor legale în vigoare și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare; să asigure utilizarea formularelor electronice - de la data la care acestea se implementează;

f) să asigure utilizarea prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespunzător 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; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

g) să elibereze scrisoare medicală pentru persoanele neasigurate și bilet de trimitere pentru persoanele asigurate, pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemioepidemic prezentate la nivelul cabinetului, pentru care se consideră necesară internarea;

h) începând cu 1 iulie 2018 să respecte avertizările Sistemului Informatic al Prescripției electronice precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

i) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activității desfășurate de furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

k) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare; în situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în HG nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

l) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinște în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

m) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, 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;

- n) 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;
- o) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;
- p) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru documentele eliberate urmare a acordării acestor servicii;
- q) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate, precum și să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate;
- r) să înscrie copiii care nu au fost înscrși pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicația informatică a medicului și va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie; să înscrie pe lista proprie gravidele și lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora, dacă nu există o altă opțiune; să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali, și nici înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004;
- s) să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia, prin punerea la dispoziția medicului la care asiguratul optează să se înscrie a documentelor medicale;
- ș) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către alți medici care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 și/sau este eliberată de medici care nu desfășoară activitate în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018. Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari, de până la 900 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al cărei model este prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018. În situația în care un asigurat cu o boală cronică confirmată, înscris pe lista proprie de asigurați a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuzi/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în anexa nr. 220 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;
- t) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital comunicat(ă) de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018 ;
- ț) să întocmească bilet de trimitere către specialitatea medicină fizică și de reabilitare și să consemneze în acest bilet sau să atașeze, în copie, rezultatele investigațiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor, medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

u) să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiuni cronice pentru care se face management de caz. Condițiile desfășurării acestei activități sunt prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018;

v) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

w) 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/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

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

y) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

z) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. y), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

aa) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, precum și daune sănătății proprii persoane, din culpă - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală.

VI. Modalități de plată

Art. 8. - Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt:

I. Plata "per capita" - prin tarif pe persoană asigurată

1.1. Plata "per capita" se face conform art. 1 alin. (2) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018.

1.2. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor art. 13 alin. (3) de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 140/2018 :

DA/NU

1.3. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor art. 15 de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 140/2018, care încheie contract după expirarea convenției de furnizare de servicii medicale, convenție încheiată pe o perioadă de maximum 6 luni:

DA/NU

Perioada de plată în condițiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140 /2018: de la până la

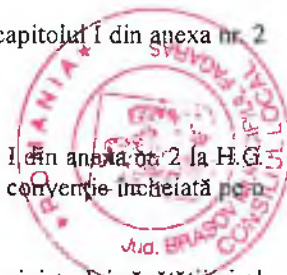
1.4. Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de 5,8 lei, valabilă pentru anul 2018.

1.5. Numărul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a), b) sau c), după caz, din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140 /2018 se ajustează în raport:

a) cu condițiile în care își desfășoară activitatea medicul de familie:%*);

cu condițiile în care își desfășoară activitatea medicul de familie la punctul de lucru%*);

b) cu gradul profesional:



- medic primar 20%;
- medic care nu a promovat un examen de specialitate%.

*) Pentru cabinetele medicale/punctele de lucru ale cabinetelor medicale din asistența medicală primară din mediul rural și din mediul urban pentru orașele cu un număr de sub 10.000 de locuitori din aria Rezervației Biosferei Delta Dunării se aplică un procent de majorare de 200%, indiferent de punctajul obținut potrivit Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018, în condițiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru/puncte secundare de lucru se stabilește un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situație.

1.6. În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200 și numărul de puncte "per capita"/an depășește 18.700 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se reduce după cum urmează:

- 1.6.1. - cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 18.701 - 22.000;
- 1.6.2. - cu 50%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 22.001 - 26.000;
- 1.6.3. - cu 75%, când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 26.000.

Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, , care au cel puțin un medic angajat cu normă întreagă și pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ-teritorială/zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie, stabilite de către comisia prevăzută la art.2 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 140 /2018, se reduce după cum urmează:

- pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 18.700, dar nu mai mult de 22.000 puncte inclusiv, plata per capita se face 100%;
- pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 25%;
- pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 50%;
- pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 30.000 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 75%;

2. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru unele servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, servicii nominalizate la art. 1 alin. (3) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140 /2018:

2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunțate la pct. 2 se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140 /2018.

2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 2,8 lei, valabilă pentru anul 2018.

3. Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical și medic de familie din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic de familie

Numele, prenumele **MARELE FELICIA-CRISTINA**

Cod numeric personal **2570219082440**

Gradul profesional **MEDIC PRIMAR**

Codul de parafă al medicului **203613**

Programul de lucru **5 ore cabinet 2 ore teren**

Medic de familie angajat*)

Numele, prenumele

Cod numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

*) în cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/soră medicală/moașă

Numele, prenumele **BOGDAN SIMONA**

Cod numeric personal **2771210082415**

2. Asistent medical/soră medicală/moașă

Numele, prenumele

Cod numeric personal

Art. 9. - (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze, în termen de maximum 18 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație, la valoarea minimă garantată pentru un punct "per capita", respectiv la valoarea minimă garantată



pentru un punct pe serviciu medical, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, transmise lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate, la data de 5 ale lunii

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanților legali ai furnizorilor.

(2) Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea drepturilor bănești ale medicilor de familie ca urmare a regularizărilor în funcție de valoarea definitivă a punctului per capita și a punctului pe serviciu medical.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract și nerespectarea art. 13 alin. (4) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 140 /2018, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c) pct. 1 și pct. 2, e) - h), j), k), m) - o), q) - w) și aa), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului, precum și de investigații paraclinice, care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art. 7 lit. ș), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații;

(5) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(6) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. i), p), x) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(7) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (6) - pentru nerespectarea obligației de la art. 7 lit. x), se constată de casele de asigurări de sănătate 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.

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (3) - (6) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.

(9) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (3) - (6) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(10) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (3) - (6) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(11) Pentru cazurile prevăzute la alin. (3) - (6), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.

VII. Calitatea serviciilor

Art. 10. - Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

Art. 11. - Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

IX. Clauză specială

Art. 12. - Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

X. Rezilierea, încetarea și suspendarea contractului

Art. 13. - Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare autorizăției 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) 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 documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentelor medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) 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, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul căruia/cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 10 alin. (2) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 140/2018;

i) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 9 alin (3) – (6) pentru oricare situație.

Art. 14. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:

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

a1) furnizorul de servicii medicale 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, 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;

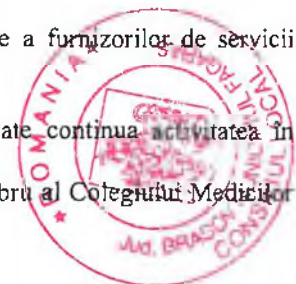
a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

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. 15 lit. a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.



f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind următoarea situație: în cazul în care numărul persoanelor asigurate înscrise la un medic de familie se menține timp de 6 luni consecutiv la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim stabilit pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană de către comisia constituită potrivit art.2 alin. (1) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 140 /2018 pentru situațiile în care se justifică această decizie;

g) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă în cazul medicului de familie nou-venit care la expirarea celor 6 luni de la încheierea contractului nu a înscris numărul minim de asigurați conform prevederilor legale în vigoare, cu excepția situațiilor stabilite de comisia constituită potrivit prevederilor art. 2 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 140 /2018, pentru situațiile în care se justifică această decizie.

(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/inregistrate 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 de același tip 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 de același tip 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 secundare de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

Art. 15. - (1) 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. 6 alin. (1) lit. a) - d) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 140/2018, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestora;

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 asigurări de sănătate, 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) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație.

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR / membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul / personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, fie prin suspendarea contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale.

Art. 16. - Situațiile prevăzute la art. 13 și la art. 14 alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) și lit. f) 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. 14 alin. (1) lit. a) - subpct. a1) și lit. d) 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. 17. - Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

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

XII. Modificarea contractului

Art. 18. - În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contractuale se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Art. 19. - Valoarea definitivă a unui punct per capita și a unui punct pe serviciu medical este cea calculată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu este element de negociere între părți.

Art. 20. - Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

Art. 21. - Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 5 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

XIII. Soluționarea litigiilor

Art. 22. - (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

ART. 23 - CAS Brașov va notifica furnizorului de servicii medicale începerea acțiunii de control tematic cu 10 zile înainte de data stabilită pentru efectuarea controlului. Notificarea poate fi transmisă în una din următoarele modalități : notă telefonică, poștă electronică sau în format letric.

ART. 24 - Furnizorul de servicii medicale poate opta să țină informațiile din fișa de consultație individuală a pacienților în format electronic, cu obligativitatea stocării acestor informații, necesare a fi puse la dispoziția organelor de control ale CAS Brașov atât în format electronic cât și în format letric, după caz

ART. 25- Prezentul contract se completează cu prevederile H.G. nr. 140/2018 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019 și a normelor metodologice de aplicare a acestuia

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi 19.04.2018 în două exemplare a câte 10 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de Asigurări de Sănătate a Județului Brașov

Furnizor

Președinte- Director general,
Dr. Cătălin Eugen Șeitan

Director Direcția Economică,
Ec. Georgeta Inelus

Reprezentant legal

Șef serv. E/C.S.M.F.D.M.S.,
Ec. Mița Moca

Vizat J.C.R.U.R.P.,
Cons. Jur. Aneuța Daïsa

1168/19.04.2018.



072264619

JUDETUL BRASOV
PRIMARIA MUNICIPIULUI FAGARAS
Nr. 8555/13.07.2005

CONTRACT DE CONCESIUNE

Incheiat astazi 13.07.2005 la sediul Primăriei Municipiului Făgăraș

1. Partile contractante

1.1. Municipiul Făgăraș, cu sediul în Făgăraș, str. Republicii nr. 3, reprezentata legal prin Primar Ioan Bărbuți, în calitate de concedent, și

1.2. Dr. Marele Felicia Cristina - cu domiciliul în Făgăraș, str. D-na Stancu bl15, sc B ap 2 ,CNP 2570219082440 medicul titular al cabinetului medical de medicină de familie Dr. Marele Felicia Cristina , cu sediul profesional în Făgăraș, str. 1 Decembrie(Centrul) bl 56 ap 2. înregistrat la Registrul unic al cabinetelor medicale sub nr. 488692/5461999, cod fiscal 2570219082440, avand contul RO 12RNCB1810000078160001 , deschis la BCR Sucursala Făgăraș, în calitate de concesionar, au convenit să încheie prezentul contract de concesiune.

2. Obiectul contractului de concesiune

2.1. Obiectul contractului de concesiune îl constituie exploatarea spațiului (bunul imobil) în care funcționează cabinetul medical de medicină de familie Dr. Marele Felicia Cristina , situat în Făgăraș, 1 Decembrie (Centrul) bl56 ap 1 în suprafața de 12,29mp conform schitei spațiului, care va constitui anexa nr. 1* la contractul de concesiune și totodată a cotei 1/3 din suprafața elementelor de uz comun suprafața hol de 5,27 mp , suprafața sală așteptare 12,02 mp, suprafața sală tratament 8,34 mp , suprafața wc 2,09 mp)

Contravaloarea utilităților atât pentru spațiul de folosință exclusivă, cât și pentru cel de utilizare comună, va fi achitat la furnizorii de utilități .

Concesionarul va proceda la contorizarea consumurilor de utilități, pentru spațiul de utilizare exclusivă, în cel mai scurt timp, cu privire la apă , electricitate și energie termică, după care acestea vor fi achitate în funcție de consumul înregistrat.

2.2. Predarea-primirea obiectului concesiunii se va efectua pe baza de proces-verbal care se va încheia în termen de 15 zile de la data semnării prezentului contract și care va constitui anexa nr. 2 la contractul de concesiune.

2.3 Este interzisă subconcesionarea în tot sau în parte unei terțe persoane a spațiului care face obiectul prezentului contract de concesiune

3. Termeni

3.1. Durata concesiunii este de 13 ani, începând de la data de 13.07.2005 până la data de 12.07.2018 -conform art. 5 alin. 2 din H.G. 884/03.05.2004 coroborat cu art. 41 alin. 2 din Legea pensiilor nr. 19/2000 actualizată și republicată.

4. Redeventa

4.1. Redeventa este de 1 euro/mp an în primul 5 ani , adică 21,54 euro/an .

4.2. După primul 5 ani nivelul minim al redevenței se va stabili de concedent, pornind de la pretul pieței, sub care redevența nu poate fi acceptată. După negociere cuantumul redevenței va fi prevăzut într-un act adițional semnat de ambele părți contractante.

4.3. Plata redevenței se face prin conturile:

- contul concedentului nr. RO891REZ13221220204XXXXX deschis la Trezoreria Făgăraș;

- contul concesionarului nr. RO 12RNCB1810000078160001 , deschis la BCR Sucursala Făgăraș.



4.4. Pentru primii 5 ani, începând din anul 2005, plata redevenței se va face în primul trimestru al anului respectiv. Ulterior, termenul de plată a redevenței se va stabili prin act adițional.

4.5. Plata integrală a redevenței pentru anul 2005 se va face până la data de 31 Decembrie pentru anul în curs.

4.6. Neplata redevenței în termenul prevăzut la pct. 4.4 și 4.5 da dreptul concedentului să pretindă penalități în cuantum de 0,25% din valoarea acesteia pe zi de întârziere.

4.7. Neplata redevenței pentru o perioadă de un an duce la rezilierea contractului.

5. Drepturile partilor

5.1. Drepturile concesionarului

5.1.1. Concesionarul are dreptul de a exploata în mod direct, pe risc și pe răspundere sa, bunul imobil care face obiectul prezentei contract de concesiune.

5.2. Drepturile concedentului

5.2.1. Concedentul are dreptul să inspecteze bunul imobil concesionat, să verifice stadiul de realizare a investițiilor, precum și modul în care este satisfăcut interesul public prin realizarea activității sau serviciului public, verificând respectarea obligațiilor asumate de concesionar.

5.2.2. Verificarea se va efectua numai cu notificarea prealabilă a concesionarului și în prezența medicului titular care este obligat să se prezinte la cabinetul concesionat la data și ora menționată în notificare.

6. Obligațiile partilor

6.1. Obligațiile concesionarului

6.1.1. Concesionarul este obligat să asigure exploatarea eficientă în regim de continuitate și de permanență a bunului imobil care face obiectul concesiunii.

6.1.2. Concesionarul este obligat să plătească redevența.

6.1.3. Concesionarul are obligația de a restitui bunul concesionat, după expirarea contractului de concesiune, în deplină proprietate, liber de orice sarcină, inclusiv investițiile realizate, cel puțin în condițiile în care a fost preluat, în caz contrar urmând să suporte contravaloarea daunelor produse.

6.1.4. Concesionarul poate investi în bunul imobil concesionat sau poate realiza lucrări de modernizare a acestuia numai cu acordul concedentului.

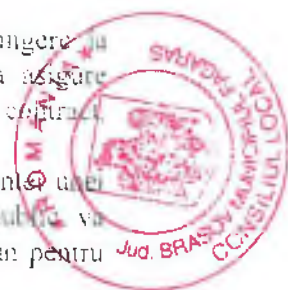
6.1.5. În termen de 90 de zile de la data încheierii contractului de concesiune concesionarul este obligat să depună, cu titlu de garanție, o sumă de 100.000 lei, reprezentând o cotă-parte din suma datorată concedentului cu titlu de redevență pentru primul an de activitate.

6.1.6. La încetarea contractului de concesiune din orice cauză decât prin ajungere la termen, excluzând forța majoră și cazul forțuit, concesionarul este obligat să asigure continuitatea prestării activității sau serviciului public, în condițiile stipulate în contract, până la preluarea acesteia de către concedent.

6.1.7. În cazul în care concesionarul sesizează existența sau posibilitatea existenței unei cauze de natură să conducă la imposibilitatea realizării activității sau serviciului public, va notifica de îndată acest fapt concedentului, în vederea luării măsurilor ce se impun pentru asigurarea continuității activității sau serviciului public.

6.1.8. Concesionarul are obligația de a onora anumite solicitări ale Ministerului Sănătății, specifice sistemului sanitar (efectuare de gardă, acordare de asistență medicală de specialitate anumitor categorii de pacienți etc.), care vor fi reglementate prin ordin al ministrului sănătății.

6.2. Obligațiile concedentului



6.2.1. Concedentul este obligat sa nu il tulbure pe concesionar in exercitiul drepturilor rezultate din prezentul contract de concesiune

6.2.2. Concedentul nu are dreptul sa modifice in mod unilateral contractul de concesiune, in afara de cazurile prevazute expres de lege si de prezentul contract.

6.2.3. Concedentul este obligat sa notifice concesionarului aparitia oricaror imprejurari de natura sa aduca atingere drepturilor concesionarului, daca are cunostinta despre aceasta.

7. Modificarea contractului

7.1. Concedentul poate modifica unilateral partea reglementara a prezentului contract de concesiune, cu notificarea prealabila a concesionarului, din motive exceptionale legate de interesul national sau local. Jupa caz, urmind sa asigure un spatiu identic, din punct de vedere functional, pentru desfasurarea in conditii optime a activitatii specifice profesiei.

7.2.1. In cazul in care modificarea unilateral a contractului de concesiune ii aduce un prejudiciu, concesionarul are dreptul sa primeasca in mod prompt o despagubire adecvata si efectiva.

7.2.2. In caz de dezacord intre concedent si concesionar cu privire la valoarea despagubirii, aceasta va fi stabilita de instanta judecatoreasca competenta.

7.2.3. Dezacordul dintre concedent si concesionar cu privire la despagubiri nu poate sa constituie un temei pentru concesionar care sa conduca la sustragerea de la obligatiile sale contractuale.

8. Inceetarea contractului de concesiune

8.1. Prezentul contract de concesiune inceteaza in urmatoarele situatii:

a) la expirarea duratei stabilite in prezentul contract, daca partile nu convin in scris prelungirea acestuia, in conditiile legii;

b) in cazul in care interesul national sau local o impune, prin denuntarea unilateral a de catre concedent, cu plata unei despagubiri juste si prealabile in sarcina concedentului;

c) in cazul nerespectarii obligatiilor contractuale de catre concesionar, prin reziliere unilateral a de catre concedent, cu plata unei despagubiri in sarcina concesionarului;

d) in cazul nerespectarii obligatiilor contractuale de catre concedent, prin rezilierea unilateral a contractului de catre concesionar, cu plata de despagubiri in sarcina concedentului;

e) la disparitia, dintr-o cauza de forta majora, a bunului concesionat sau in cazul imposibilitatii obiective a concesionarului de a-l exploata, prin renuntare, fara plata unei despagubiri;

f) schimbarea destinatiei spatiilor dupa concesionare atrage rezilierea de drept a contractului de concesiune;

g) concesionarul poate denunta unilateral contractul de concesiune pentru motive personale, notificand concedentul cu 60 de zile inainte de data denuntarii,

h) in cazul in care titularul cabinetului medical nu mai desfasoara activitate medicala.

9. Raspunderea contractuala

9.1. Nerespectarea de catre partile contractante a obligatiilor cuprinse in prezentul contract de concesiune atrage raspunderea contractuala a partii in culpa.

10. Forta majora

10.1. Nici una dintre partile contractante nu raspunde de neexecutarea in termen si/sau de executarea in mod necorespunzator, total sau partial, a oncarei obligatii care ii revine in baza prezentului contract de concesiune, daca neexecutarea sau executarea necorespunzatoare a obligatiei respective a fost cauza de forta majora, astfel cum este definita in lege.



10.2. Partea care invoca forta majora este obligata sa notifice celeilalte parti, in termen de 10 zile de la producerea evenimentului, si sa ia toate masurile posibile in vederea limitarii consecintelor lui.

10.3. Daca in termen de 10 zile de la producere evenimentul respectiv nu inceteaza, partile au dreptul sa isi notifice incetarea de plin drept a prezentului contract de concesiune fara ca vreuna dintre ele sa pretinda daune-interese.

11. Notificari

11.1. In acceptiunea partilor contractante orice notificare adresata de una dintre acestea celeilalte este valabil indeplinita daca va fi transmisa la sediul prevazut in prezentul contract de concesiune.

11.2. In cazul in care notificarea se face pe cale postala, ea va fi transmisa prin scrisoare recomandata cu confirmare de primire si se considera primita de destinatar la data mentionata de oficiul postai primitor pe aceasta confirmare.

11.3. Daca notificarea se trimite prin telex sau prin fax, ea se considera primita in prima zi lucratoare dupa cea in care a fost expediata.

11.4. Notificarile verbale nu se iau in considerare

12. Litigii

12.1. In cazul in care rezolvarea neintelegerilor nu este posibila pe cale amiabila, ele vor fi supuse spre solutionare instantei competente.

13. Clauze finale

13.1. Orice modificare a prezentului contract de concesiune se face numai prin act aditional semnat de ambele parti contractante.

13.2. Prezentul contract de concesiune, impreuna cu anexele 1,2 care fac parte integranta din cuprinsul sau, reprezinta vointa partilor si inlatura orice alta intelegere verbala dintre acestea, anterioara sau ulterioara incheierii lui

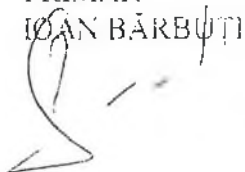
13.3. Prezentul contract de concesiune a fost incheiat in 4 exemplare, originale, unul pentru concesionar, 3 pentru concedent, astazi 13.07.2005, data semnarii lui.

Concedent,

MUNICIPIUL FAGARAS

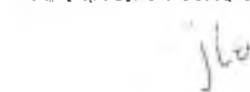
PRIMAR

IOAN BARBUȚI



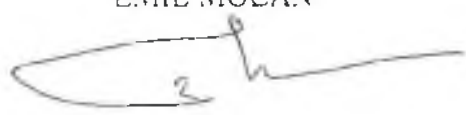
DIR. ECONOMIC

VICTORIA PRESCURE



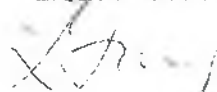
SECRETAR

EMIL MOCAN



COMP. JURIDIC

LAURA GRINCA



Concesionar,

MEDIC TITULAR

DR MARELE FELICIA CRISTINA





ROMÂNIA
JUDEȚUL BRAȘOV
725
MUNICIPIUL FAGĂRAȘ
CENTRUL GEOGRAFIC AL ROMÂNIEI



Strada Republicii, Nr. 3, 505200, Tel: 0040 268 211 313, Fax: 0040 268 213 020
Web: www.primaria-fagaras.ro, Email: secretariat@primaria-fagaras.ro

Nr.18836/19.300/02.07.2018

CĂTRE,

d-na Dr.MARELE FELICIA CRISTINA
Cabinet Medical Medicină de familie Dr.MARELE FELICIA CRISTINA
-Făgăraș str.1Decembrie 1918 Bl.56Ap.2



Referitor: Solicitare prelungire prin act adițional a Contractului de concesiune pentru spațiul cu destinație Cabinet medical medicină de familie situat în Făgăraș str.1 Decembrie 1918 Bl.56 Ap.2 în care își desfășoară activitatea

Urmare a cererii dumneavoastră înregistrată sub numărul 18836 din 13.06.2018 , completată cu cererea nr.19.300 din data de 19.06.2018 prin care solicitați eliberarea unui act adițional la Contractul de concesiune Nr.8555 din 13.07.2005 pentru imobilul cu destinație Cabinet medical medicină de familie Dr.Marele Felicia Cristina,situat în Făgăraș str.1 Decembrie 1918 Bl.56 Sc.a Ap.2, a cărei valabilitate s-a încheiat,vă comunicăm următoarele:

-În vederea obținerii documentului solicitat pentru intrarea în legalitate, respectiv a unui contract de închiriere pentru acest spațiu, solicitarea dumneavoastră va fi inclusă pe ordinea de zi a primei ședințe a Consiliului Local al municipiului Făgăraș ,unde va fi discutată după obținerea avizelor din cadrul Comisiilor de specialitate.

După emiterea Hotărârii de Consiliu prin care a fost aprobată, se va întocmi Contractul de închiriere în cel mai scurt timp.

PRIMAR,

GHEORGHE SUCACIU



SECRETAR

LAURA ELENA GIUNCA

Nr.crt	Functia si atributia	Numele si prenumele	Data	Semnatura
1	Intocmit, Consilier juridic	Camelia Crișan	02.07.2018	