

**CONTRACT**  
**de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)**  
**în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală**  
**nr.05-08/198**

**mun.Ungheni**

**“28” decembrie 2018**

**1. Părțile contractante**

**Compania Națională de Asigurări în Medicină** (în continuare – **Companie**), reprezentată de către **Agencia Teritorială Vest**, (în continuare - Agenție) în persoana dlui **Belbas Oleg, director**, care acționează în baza **Statutului**, și **Instituția Medico-Sanitară Publică „Centrul de Sănătate Crasnoarmeiscoe”**, reprezentată de către dl **Danilenco Igor, șef**, (în continuare - **Prestator**), care acționează în baza **Regulamentului** 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 **1 594 239 MDL 61 bani** (un milion cinci sute nouăzeci și patru mii două sute treizeci și nouă MDL 61 bani). Volumul anual de servicii medicale achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală este specificat în anexele nr. 1-3 ale prezentului 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 Protocoalelor 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 alin.(4) din Legea nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de 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

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 confirmării cazurilor menționate la subpunctul 5.1 prin raport de evaluare întocmit de structurile abilitate ale Companiei, Compania va reține suma prejudiciată din contul transferurilor pentru luna imediat următoare.

5.2<sup>1</sup>. 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.

5.3<sup>1</sup>. 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.

5.3<sup>2</sup>. 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 2019 până la 31 decembrie 2019.

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 insolvență, 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 îngrijirii 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.

Adresele juridice și rechizitele bancare ale Părților

**Compania**

**Prestatorul**

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

IMSP „Centrul de Sănătate Crasnoarmeiscoe”  
r-1 Hîncești, s. Crasnoarmeiscoe  
IDNO 1012605003408

**Semnăturile părților**

**Compania**

**Prestatorul**

**Belbas Oleg**

**Danilenco Igor**

(numele reprezentantului Companiei)

(numele reprezentantului Instituției medicale)



crasnoara meiscioie

u

Anexa nr. 1  
la Contractul de acordare a asistentei  
medicale (de prestare a serviciilor medicale)  
in cadrul asigurarii obligatorii de asistenta  
medicala nr. 05-08/1995  
din 28 decembrie 2018

**Asistență medicală primară**

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2019 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)
<b>1) Per capita</b>				
1	AMP De la 0 pina la 5 ani	471,64	179,00	84 423,56
2	AMP De la 5 pina la 50 ani	277,44	2 544,00	705 807,36
3	AMP De la 50 ani si peste	416,16	1 275,00	530 604,00
<b>TOTAL:</b>		<b>X</b>	<b>3 998,00</b>	<b>1 320 834,92</b>
<b>2) Buget global</b>				
1	Subventii pentru acoperirea cresterii cheltuielilor de personal			5 599,94
<b>TOTAL:</b>		<b>X</b>		<b>5 599,94</b>
<b>3) Indicatori Estimativ</b>				
1	Suma estimativa pentru indicatorii de performanta			257 511,00
<b>TOTAL:</b>		<b>X</b>		<b>257 511,00</b>
<b>Suma totala alocata pentru asistenta medicala primara constituie</b>				<b>1 583 945,86</b>

Compania

Prestatorul



Anexa nr. 2  
 la Contractul de acordare a asistentei  
 medicale (de prestare a serviciilor medicale)  
 in cadrul asigurării obligatorii de asistenta  
 medicala nr. 05-08/198  
 din 28 octombrie 2018

### Ingrijiri Medicale Comunitare Si La Domiciliu

In conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2019 Prestatorului i se planifica urmatorul volum de ingrijiri medicale comunitare si 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)
<b>1) Per vizita</b>				
1	IMD/vizita	137,25	75,00	10 293,75
<b>TOTAL:</b>		<b>X</b>	<b>75,00</b>	<b>10 293,75</b>
<b>Suma totala alocata pentru ingrijiri medicale comunitare si la domiciliu</b>				<b>10 293,75</b>

**Compania**



**Prestatorul**



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 28 decembrie 2018

### Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2019 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 2019 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. În pct.2.2 la prezentul Contract din suma contractuală anuală, în cadrul asistenței medicale primare cheltuielile de personal constituie 1 377 787,88 MDL.

3. Vizitele de îngrijiri medicale la domiciliu, ce depășesc numărul de vizite stabilite pentru un caz conform prevederilor actelor normative în vigoare, nu se achită.

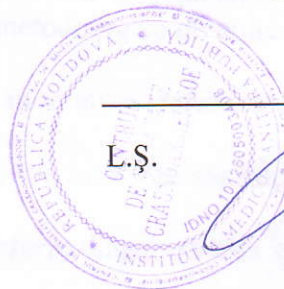
4. Prestatorul va ține evidența biletelor de trimitere pentru investigațiile paraclinice prestate de alți prestatori efectuate la trimiterea medicului de familie/medicului specialist de profil, specificate în anexa nr.4 la Programul unic, precum și evidența biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și servicii medicale de înaltă performanță.

5. 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.

Compania



Prestatorul



# ACORD ADIȚIONAL NR. 1

la Contractul de acordare a asistenței medicale  
(de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii  
de asistență medicală nr. 05-08/198 din 28 decembrie 2018

mun. Ungheni

31 octombrie 2019

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – **Companie**), reprezentată de către reprezentată de către **Agencia Teritorială Vest**, în persoana dlui **Oleg Belbas**, director, care acționează în baza **Statutului**, și **Instituția Medico-Sanitară Publică „Centrul de Sănătate Crasnoarmeiscoe”**, reprezentată de către dl **Igor Danilenco**, șef (în continuare - **Prestator**), care acționează în baza **Regulamentului**, au convenit asupra următoarelor:

Contractul nr.05-08/198 din 28 decembrie 2018 se modifică după cum urmează:

1. La p.2.2 din Contract textul „**1 594 239 MDL 61 bani** (un milion cinci sute nouăzeci și patru mii două sute treizeci și nouă MDL 61 bani)” se substituie cu sintagma „**1 749 697 MDL 59 bani** (un milion șapte sute patruzeci și nouă mii șase sute nouăzeci și șapte MDL 59 bani)”.

2. **Anexa nr. 1** la Contract se expune în redacție nouă:

Nr. d/o	Grupul de vîrstă	Tarif per capita (MDL)	Numărul persoanelor înregistrate în IMS ce prestează asistență medicală primară	Suma (MDL)
<b>1) Pentru perioada 01.01-31.03.2019</b>				
1	De la 0 - pînă la 5 ani	141.16	181	25 549.96
2	De la 5 - pînă la 50 ani	83.03	2 506	208 073.18
3	De la 50 ani și peste	124.56	1 261	157 070.16
	<b>TOTAL</b>	<b>X</b>	<b>3 948</b>	<b>390 693.30</b>
<b>2) Pentru perioada 01.04-30.06.2019</b>				
1	De la 0 - pînă la 5 ani	141.11	176	24 835.36
2	De la 5 - pînă la 50 ani	83.01	2 486	206 362.86
3	De la 50 ani și peste	124.51	1 272	158 376.72
	<b>TOTAL</b>	<b>X</b>	<b>3 934</b>	<b>389 574.94</b>
<b>3) Pentru perioada 01.07-30.09.2019</b>				
1	De la 0 - pînă la 5 ani	140.95	177	24 948.15
2	De la 5 - pînă la 50 ani	82.90	2 461	204 016.90
3	De la 50 ani și peste	124.37	1 275	158 571.75
	<b>TOTAL</b>	<b>X</b>	<b>3 913</b>	<b>387 536.80</b>
<b>4) Pentru perioada 01.10-31.12.2019</b>				
1	De la 0 - pînă la 5 ani	140.95	177	24 948.15
2	De la 5 - pînă la 50 ani	82.90	2 461	204 016.90
3	De la 50 ani și peste	124.37	1 275	158 571.75
	<b>TOTAL</b>	<b>X</b>	<b>3 913</b>	<b>387 536.80</b>
			<b>TOTAL</b>	<b>1 555 341.84</b>
<b>5) Indicatori estimativ</b>				
1	Suma estimativă pentru indicatorii de performanță			184 062.00
			<b>TOTAL</b>	<b>184 062.00</b>
<b>Suma totală alocată pentru asistența medicală primară constituie</b>				<b>1 739 403.84</b>

3. Pct. 2 din **Anexa nr. 3** la Contract se exclude.

Compania

Oleg Belbas

Prestatorul

Igor Danilenco



**ACORD ADIȚIONAL NR. 2**  
**la Contractul de acordare a asistenței medicale**  
**(de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii**  
**de asistență medicală nr. 05-08/198 din 28 decembrie 2018**

mun. Ungheni

31 decembrie 2019

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – **Companie**), reprezentată de către **Agencia Teritorială Vest**, în persoana dlui **Oleg Belbas**, director, care acționează în baza **Statutului**, și **Instituția Medico-Sanitară Publică „Centrul de Sănătate Crasnoarmeiscoe”**, reprezentată de către dl **Igor Danilenco**, șef (în continuare - **Prestator**), care acționează în baza **Regulamentului**, au convenit asupra următoarelor:

Contractul nr.05-08/198 din 28 decembrie 2018, modificat prin Acordul Adițional nr.1 din 31 octombrie 2019, se modifică după cum urmează:

1. La p.2,2 din Contract textul „1 749 697 MDL 59 bani (un milion șapte sute patruzeci și nouă mii șase sute nouăzeci și șapte MDL 59 bani)” se substituie cu sintagma „1 639 056 MDL 11 bani (un milion șase sute treizeci și nouă mii cincizeci și șase MDL 11 bani)”.

2. **Anexa nr. 1** la Contract se expune în redacție nouă:

Nr. d/o	Grupul de vîrstă	Tarif per capita (MDL)	Numărul persoanelor înregistrate în IMS ce prestează asistență medicală primară	Suma (MDL)
<b>1) Pentru perioada 01.01-31.03.2019</b>				
1	De la 0 - pînă la 5 ani	141.16	181	25 549.96
2	De la 5 - pînă la 50 ani	83.03	2 506	208 073.18
3	De la 50 ani și peste	124.56	1 261	157 070.16
	<b>TOTAL</b>	<b>X</b>	<b>3 948</b>	<b>390 693.30</b>
<b>2) Pentru perioada 01.04-30.06.2019</b>				
1	De la 0 - pînă la 5 ani	141.11	176	24 835.36
2	De la 5 - pînă la 50 ani	83.01	2 486	206 362.86
3	De la 50 ani și peste	124.51	1 272	158 376.72
	<b>TOTAL</b>	<b>X</b>	<b>3 934</b>	<b>389 574.94</b>
<b>3) Pentru perioada 01.07-30.09.2019</b>				
1	De la 0 - pînă la 5 ani	140.95	177	24 948.15
2	De la 5 - pînă la 50 ani	82.90	2 461	204 016.90
3	De la 50 ani și peste	124.37	1 275	158 571.75
	<b>TOTAL</b>	<b>X</b>	<b>3 913</b>	<b>387 536.80</b>
<b>4) Pentru perioada 01.10-31.12.2019</b>				
1	De la 0 - pînă la 5 ani	140.54	179	25 156.66
2	De la 5 - pînă la 50 ani	82.67	2 462	203 533.54
3	De la 50 ani și peste	124.00	1 278	158 472.00
	<b>TOTAL</b>	<b>X</b>	<b>3 919</b>	<b>387 162.20</b>
			<b>TOTAL</b>	<b>1 554 967.24</b>
<b>5) Indicatori estimativ</b>				
1	Suma estimativă pentru indicatorii de performanță			73 795.12
			<b>TOTAL</b>	<b>73 795.12</b>
<b>Suma totală alocată pentru asistența medicală primară constituie</b>				<b>1 628 762.36</b>

3. Pct. 3 din **Anexa nr. 3** la Contract se exclude.

Compania

Oleg Belbas

Prestatorul

Igor Danilenco