

CONTRACT
de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
nr. 05-08/442

mun. Chișinău

“31” decembrie 2025

I. PĂRȚILE CONTRACTANTE

Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – **CNAM**), reprezentată de către **dl Ion Dodon, director general**, care acționează în baza **Statutului**, și **Prestatorul de servicii medicale** (în continuare – **Prestator**) **SRL „Excellence”** reprezentată de către **dna Maria Morozov, director** 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:

II. OBIECTUL CONTRACTULUI

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

2.2. Suma contractuală este stabilită în mărime de **3 962 581 MDL** (trei milioane nouă sute șaiszeci și două mii cinci sute optzeci și unu MDL). Volumul și condițiile speciale de prestare a serviciilor medicale contractate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală sunt specificate în anexele nr.1-2 la Contract.

III. OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

3.1. Prestatorul se obligă:

1) să acorde persoanelor asistență medicală calificată și de calitate, în volumul prevăzut în Programul unic și în Contract, inclusiv prin încheierea unor contracte cu alți prestatori care activează în conformitate cu legislația, în caz de imposibilitate obiectivă de prestare a serviciilor medicale conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic și cerințelor Protocoalelor clinice naționale;

2) să asigure respectarea prevederilor actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;

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

4) să asigure prescrierea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr.106/2022 cu privire la prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu al persoanelor înregistrate la medicul de familie;

5) să elibereze pacienților, în caz de necesitate, conform diagnosticului stabilit, bilete de trimitere conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic;

6) să verifice și să stabilească identitatea pacientului conform actului de identitate la acordarea asistenței medicale/la momentul internării în cazul spitalizării, precum și statutul de persoană asigurată/neasigurată, accesând baza de date a CNAM;

7) să nu refuze acordarea asistenței medicale persoanelor în caz de urgență, iar cheltuielile pentru asistență medicală urgentă în cazul persoanelor neasigurate se vor acoperi în condițiile art.5 alin. (4) din Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală;

8) să acorde servicii medicale persoanelor, utilizând cele mai eficiente costuri și forme de diagnostic și tratament;

9) să asigure existența în stoc a medicamentelor, a altor produse farmaceutice și parafarmaceutice și a consumabilelor necesare pentru prestarea serviciilor medicale prevăzute în Programul unic și în Contract;

10) 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 în Contract;

11) să nu încaseze de la persoanele asigurate sume pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului și conform condițiilor stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic;

12) să nu determine persoana asigurată să achite sume aferente serviciului medical prestat în baza Contractului sau să intre în raporturi juridice pentru a beneficia de servicii medicale aferente cazului tratat, achitat din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;

13) abrogat;

14) să planifice și să execute proporțional, pe parcursul perioadei de acordare a asistenței medicale stabilite la pct.6.2. din Contract, volumul și spectrul de servicii medicale, în limita sumei contractate;

15) să elaboreze, să aprobe, să coordoneze cu Fondatorul/Persoana responsabilă a Fondatorului, după caz, cu Consiliul administrativ al Prestatorului și să prezinte CNAM, în termen de 30 de zile lucrătoare de la data semnării Contractului, devizul de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, pentru fiecare tip de asistență medicală contractat, precum și modificările la acesta, în cazul încheierii acordurilor adiționale și modificărilor interne, în conformitate cu prevederile actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală;

16) să elaboreze, să aprobe și să prezinte CNAM darea de seamă despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în termenele și modul stabilite de actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală, precum și alte informații aferente gestionării resurselor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, la solicitarea CNAM;

17) să prezinte CNAM, prin intermediul Sistemului informațional automatizat de creare și circulație a facturilor fiscale electronice „e-Factura”, până la data de 25 a lunii imediat următoare perioadei de raportare, factura fiscală electronică pentru serviciile medicale prestate, emisă în baza raportului privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică prezentat de către CNAM, și/sau alte documente justificative după modelul solicitat de CNAM, conform clauzelor contractuale și prevederilor actelor normative;

18) să țină evidența și să completeze corect și la timp, pe suport de hârtie sau în format electronic, registrele persoanelor cărora li s-a acordat asistență medicală, prezentând CNAM lunar, nu mai târziu de data de 5 a lunii imediat următoare, dări de seamă despre volumul de asistență medicală acordat, conform modelului aprobat prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

19) să expedieze CNAM, prin intermediul Sistemului informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistemul DRG (CASE-MIX)”, datele la nivel de pacient reflectate în fișa medicală a bolnavului de staționar, conform prevederilor actelor normative;

20) să prezinte CNAM lunar, până la data de 10 a lunii ce succede luna de gestiune, Darea de seamă privind cazurile de prejudiciere a sănătății persoanei asigurate de către persoanele fizice și juridice, conform formularului aprobat prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

21) să prezinte informațiile/documentele și să creeze condițiile necesare, inclusiv prin asigurarea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea CNAM a volumului și modului de acordare a asistenței medicale, precum și a gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limitele serviciilor medicale contractate, în contextul relațiilor contractuale curente și precedente;

22) să prezinte, la solicitarea în scris a CNAM, documentele primare, registrele și alte documente financiar-contabile întocmite de Prestator ca urmare a acordării asistenței medicale din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și informația privind veniturile și cheltuielile din alte surse, pe articole de cheltuieli, pentru stabilirea repartizării proporționale a cheltuielilor din toate sursele de venit;

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

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

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

26) să asigure veridicitatea datelor incluse în facturile fiscale electronice și dările de seamă prezentate CNAM, inclusiv la raportarea prin intermediul sistemelor informaționale;

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

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

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

3.2. CNAM se obligă:

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

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

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

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

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

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

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

IV. COSTUL SERVICIILOR, TERMENUL ȘI MODUL DE ACHITARE

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

4.2. CNAM achită Prestatorului, lunar sau trimestrial, în funcție de mijloacele financiare disponibile, serviciile incluse în facturile fiscale electronice, în limitele sumei și volumelor prevăzute în Contract pentru fiecare tip de serviciu, și nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturilor fiscale electronice aferente perioadei pentru care se achită, cu condiția că Prestatorul a prezentat toate facturile fiscale electronice pentru perioadele anterioare. În cazul prezentării facturii fiscale electronice după termenul stabilit în Contract din motive imputabile Prestatorului, se extinde termenul de achitare a serviciilor incluse în factura fiscală electronică cu o lună.

4.3. Pentru tipurile de servicii medicale contractate pentru care în actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală este prevăzută achitarea în avans, CNAM efectuează lunar, până la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de până la 80% din suma aferentă acestor servicii planificată pentru luna respectivă. CNAM poate diminua mărimea avansului sau suspenda achitarea acestuia în următoarele cazuri:

1) neprezentarea, din motive imputabile Prestatorului, a dărilor de seamă sau a facturilor fiscale electronice pentru serviciile medicale prestate. Prezentarea dărilor de seamă sau a facturilor fiscale electronice eronate, cu respingerea ulterioară de către CNAM, echivalează cu neprezentarea acestora;

2) neexecutarea volumelor contractuale, care poate influența înregistrarea creanțelor CNAM față de Prestator la sfârșitul perioadei de gestiune;

3) notificarea intenției de rezoluțiune a Contractului de către una din Părți;

4) obținerea deciziei de neacreditare.

4.4. În cazul înregistrării creanțelor CNAM față de Prestator pentru un anumit tip de asistență medicală, inclusiv a creanțelor aferente sumelor prejudiciate, suma acestora va fi reținută din contul transferurilor ulterioare pentru același tip de asistență medicală. În cazul imposibilității reținerii sumei creanțelor din contul transferurilor ulterioare pentru același tip de asistență medicală, Prestatorul va fi notificat despre necesitatea restituirii benevole a acesteia la contul CNAM în decurs de 30 de zile din soldul disponibil la tipul de asistență medicală respectiv și/sau din alte surse decât cele primite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în caz contrar suma urmează a fi reținută de către CNAM din contul transferurilor pentru alt tip de asistență medicală.

4.5. Suma și volumul serviciilor medicale stabilite în Contract pot fi revizuite prin acorduri adiționale în partea majorării sau diminuării, în funcție de activitatea Prestatorului, în limitele mijloacelor financiare disponibile în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

4.6. Descrierea detaliată a modalității de achitare și facturare a serviciilor medicale se conține în actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

V. RESPONSABILITATEA PĂRȚILOR

5.1. Prestatorul este obligat să repare prejudiciile cauzate CNAM prin:

1) prezentarea spre achitare a documentelor de plată neautentice, a dărilor de seamă, cu includerea 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 și Normele metodologice de aplicare a acestuia, sau au fost acordate în alt volum. La serviciile neacordate se atribuie și cazurile în care serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calității și calificării, inclusiv condiționarea procurării de către pacient a medicamentelor, a achitării investigațiilor și a efectuării altor plăți nelegitime. Mărimea prejudiciului constituie costul serviciului raportat;

2) prescrierea neregulamentară și/sau neargumentată a rețetelor pentru medicamente și dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală. Mărimea prejudiciului constituie suma compensată de CNAM pentru medicamentele/dispozitivele medicale compensate;

3) eliberarea neargumentată, cu încălcarea Programului unic și a Normelor metodologice de aplicare a acestuia, a biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și servicii medicale de înaltă performanță, inclusiv a celor generate prin intermediul Sistemului informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale”. Mărimea prejudiciului constituie costul serviciului medical prescris;

4) înregistrarea neregulamentară a persoanei la medicul de familie din cadrul Prestatorului ce acordă asistență medicală primară. Mărimea prejudiciului constituie tariful per capita pentru fiecare caz constatat;

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

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

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

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

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

2) în contextul relațiilor contractuale curente:

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

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

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

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

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

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

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

VI. PROCEDURA DE ÎNCHEIERE A CONTRACTULUI ȘI TERMENUL DE VALABILITATE

6.1. Procedura de contractare a Prestatorului se desfășoară în conformitate cu prevederile Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

6.2. Contractul este valabil 3 ani de la 01 ianuarie 2026 până la 31 decembrie 2028, cu ajustarea anuală a perioadei de acordare a asistenței medicale în conformitate cu volumul de servicii medicale negociat.

6.3. Perioada de acordare a asistenței medicale se stabilește de la 01 ianuarie 2026 până la 31 decembrie 2026.

VII. MODIFICAREA ȘI REZOLUȚIUNEA CONTRACTULUI

7.1. În cazul în care vor surveni modificări ale tarifelor la serviciile medicale pe parcursul perioadei de gestiune, Părțile modifică volumul acestor servicii în limitele sumei contractuale.

7.2. Contractul poate fi rezolvit de către Părțile contractante pentru neonorarea obligațiilor contractuale, neacceptarea volumului serviciilor medicale sau a tarifelor la serviciile medicale negociate, cu condiția notificării intenției de rezoluțiune cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește rezoluțiunea.

7.3. Contractul poate fi rezolvit din inițiativa CNAM, printr-o notificare, în următoarele cazuri:

1) încălcarea esențială de către Prestator a obligațiilor sale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală;

2) Prestatorul nu începe activitatea în termen de 7 zile de la data semnării Contractului, în cazul executării de către CNAM a obligațiilor sale stipulate în Contract;

3) inițierea procesului de insolvență, dizolvare, reorganizare a Prestatorului, retragere sau expirare a certificatului de acreditare a Prestatorului, precum și a autorizației sanitare de funcționare;

4) întreruperea, din motive imputabile Prestatorului, a activității pe o perioadă mai mare de 30 de zile;

5) refuzul Prestatorului de a pune la dispoziția structurilor abilitate cu dreptul de evaluare și monitorizare ale CNAM, 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 CNAM, a documentelor medicale și administrative, precum și îngădirea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea CNAM;

6) constatarea încasării de la persoanele asigurate a sumelor pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului și nerespectarea condițiilor acordării asistenței medicale stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic, determinarea persoanei asigurate să achite sume aferente serviciului medical prestat în baza Contractului sau determinarea acesteia să intre în raporturi juridice pentru a beneficia de servicii medicale aferente cazului tratat, achitat din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

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 de la data intrării în vigoare a modificărilor, să modifice Contractul prin acorduri adiționale. Refuzul Prestatorului de a semna acorduri adiționale în termenul stabilit în prezentul punct va servi drept temei pentru rezoluțiunea automată a Contractului.

VIII. IMPEDIMENTUL CARE JUSTIFICĂ NEEEXECUTAREA OBLIGAȚIILOR CONTRACTUALE

8.1. În cazul intervenirii unui impediment în afara controlului Părților care justifică neexecutarea obligațiilor contractuale, Partea care îl invocă este exonerată de răspundere, în baza Contractului, dacă a notificat celeilalte Părți intervenirea impedimentului și efectele acestuia în termen de 5 zile lucrătoare de la data când a cunoscut sau trebuia să cunoască aceste circumstanțe, cu prezentarea unui aviz de atestare, emis conform cadrului normativ, prin care se certifică realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea impedimentului.

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

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

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

IX. CORESPONDENȚA

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

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

X. ALTE CONDIȚII

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

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

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

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

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

10.6. Anexele constituie parte integrantă a Contractului.

Adresele juridice și rechizitele bancare ale Părților

CNAM

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

Prestatorul

SRL „Excellence”
mun. Chișinău, str. Grenoble nr.23
IDNO 1007600056724

Semnăturile părților

CNAM

Ion Dodon

L.Ș.

Prestatorul

Maria Morozov

L.Ș.

Servicii medicale de înaltă performanță

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2026 Prestatorului i se planifica următorul volum de servicii medicale de înaltă performanță:

Nr d/o PU	Denumire serviciu	Cod SIP	Număr servicii	Tarif	Suma
	Program Imagistică medicală				
181	Examenul ecografic ginecologic transvaginal (2D) + Doppler	1050.26	327	311	101.697,00
182	Ecografia hepatobiliară (2D) + Doppler	1050.11	39	323	12.597,00
183	Elastografia ficatului pentru aprecierea gradului de fibroză (Shear Waves Elastography)	1050.12	187	432	80.784,00
184	Ecografia pancreasului cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.14	36	216	7.776,00
185	Ecografia splinei cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.17	18	216	3.888,00
186	Ecografia sistemului urinar (2D) + Doppler	1050.20	233	324	75.492,00
187	Examenul ecografic ginecologic transabdominal (2D) + Doppler	1050.23	60	270	16.200,00
188	Ecografia uterului cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie (transvaginal)	1050.24	41	378	15.498,00
189	Ecografia ovarelor cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie (transvaginal)	1050.27	36	357	12.852,00
190	Ecografia vezicii urinare cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.29	50	250	12.500,00
191	Ecografia vezicii urinare cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie	1050.30	31	365	11.315,00
192	Examen ecografic al glandei tiroide (2D) + Doppler	1050.32	260	280	72.800,00
193	Examenul ecografic al glandei tiroide cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie	1050.33	241	378	91.098,00
194	Examenul ecografic al glandei mamare cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.35	248	252	62.496,00
195	Examenul ecografic al glandei mamare cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie	1050.36	197	378	74.466,00
196	Examen ecografic al prostatei (transrectal) (2D) + Doppler	1050.38	148	252	37.296,00
197	Examen ecografic al prostatei (transrectal) sonda biplan cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie	1050.39	101	445	44.945,00
198	Examenul ecografic al scrotului cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.44	106	216	22.896,00
199	Examen ecografic al scrotului (2D) + Doppler + Elastografie	1050.45	11	317	3.487,00
200	Examenul ecografic musculoskeletal al unei zone – articulație anatomice cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.50	118	301	35.518,00
202	Examenul ecografic al țesuturilor moi și ganglionilor limfatici ai unei zone anatomice cu 2 D în scară gri + Doppler	1050.53	54	270	14.580,00

203	Examenul ecografic al țesuturilor moi și ganglionilor limfatici ai unei zone anatomice cu 2 D în scară gri + Doppler + elastografie	1050.54	36	368	13.248,00
206	Dopplerografia arterelor renale	1066.1	22	416	9.152,00
210	Ecografia zonei hepato-pancreato-lienalis + Doppler sistemului portal	1066.3	65	416	27.040,00
211	Ultrasonografia vaselor magistrale cervico-cerebrale (extra-intracraniene)	1066.4	269	431	115.939,00
212	Ultrasonografia vaselor magistrale ale membrelor superioare	1066.5	118	431	50.858,00
213	Ultrasonografia arterelor membrelor inferioare	1066.6	277	431	119.387,00
214	Ultrasonografia venelor membrelor inferioare	1066.7	298	431	128.438,00
	Suma totală alocată pentru program Imagistică medicală		3.627		1.274.243,00
	Program Ecocardiografie				
229	Ecocardiografia (M, 2D, Doppler, Doppler Color)	1083	396	333	131.868,00
231	Ecocardiografia completă cu GLS în regim 3D (Modul M, 2D, Doppler spectral continuu, pulsant, Doppler color tisular, SOFT specializat)	1088.1	116	863	100.108,00
	Suma totală alocată pentru program Ecocardiografie		512		231.976,00
	Program Investigatii de radiodiagnostic				
231	Mamografia glandelor mamare, 18×24cm, în regim digital 4	1125.2	504	541	272.664,00
	Suma totală alocată pentru program Investigatii de radiodiagnostic		504		272.664,00
	Program Tomografie computerizata				
257	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a creierului la aparatul spiralat 64 Slices, inclusiv descrierea	1255.1	21	836	17.556,00
260	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a toracelui și a mediastinului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices, inclusiv descrierea	1255.4	16	1.824	29.184,00
261	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices, inclusiv descrierea	1255.5	4	836	3.344,00
262	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices, inclusiv descrierea	1255.6	98	1.789	175.322,00
264	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a bazinului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices, inclusiv descrierea	1255.8	16	1.632	26.112,00
271	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a vertebrelor unei regiuni (cervicală/toracală/lombară) la aparatul spiralat 64 Slices, inclusiv descrierea	1255.14	22	916	20.152,00
274	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională, bronhografie virtuală la aparatul spiralat 64 Slices, inclusiv descrierea	1255.19	4	1.141	4.564,00
276	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a glandei tiroide cu contrast la aparatul spiralat 128 Slices, inclusiv descrierea	1255.22	3	1.800	5.400,00
279	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului și bazinului în faza urografică cu contrast la aparatul spiralat 128 Slices	1255.48	50	2.475	123.750,00
281	Tomografia computerizată bifazică a ficatului, pancreasului, cu contrast, la aparatul spiralat 128/256 Slices	1255.51	10	3.553	35.530,00

282	Tomografia computerizată trifazică a ficatului, pancreasului, cu contrast, la aparatul spiralat 128/256 Slices	1255.52	67	4.008	268.536,00
283	Tomografia computerizată bilanț oncologic (cutie toracică, abdomen + bazinul mic), fără contrast, la aparatul spiralat 128/256 Slices, inclusiv descrierea	1255.53	1	2.716	2.716,00
284	Tomografia computerizată bilanț oncologic (cutie toracică, fără contrast, abdomen + bazinul mic, cu contrast) la aparatul spiralat 128/256 Slices, inclusiv descrierea	1255.54	41	4.488	184.008,00
294	Angiografia prin tomografie computerizată a arterelor cerebrale la aparatul spiralat 128/256 Slices	1255.83	4	4.454	17.816,00
295	Angiografia prin tomografie computerizată a arterelor carotide la aparatul spiralat 128/256 Slices	1255.82	13	4.454	57.902,00
296	Angiografia prin tomografie computerizată a arterelor hepatice, pancreatice la aparatul spiralat 128/256 Slices	1255.84	5	4.454	22.270,00
297	Angiografia prin tomografie computerizată a arterelor pulmonare la aparatul spiralat 128/256 Slices	1255.85	4	4.454	17.816,00
298	Angiografia prin tomografie computerizată a arterelor membrelor la aparatul spiralat 128/256 Slices	1255.86	3	4.454	13.362,00
299	Angiografia prin tomografie computerizată a arterelor renale la aparatul spiralat 128/256 Slices	1255.87	1	4.454	4.454,00
	Suma totală alocată pentru program Tomografie computerizata		383		1.029.794,00
	Program Endoscopie				
452	Videoendoscopie digestivă superioară cu IScan I, II, III și Zoom	2338.42	372	768	285.696,00
453	Videoendoscopie digestivă superioară cu IScan I, II, III și Zoom, cu prelevarea endobiopsiei pentru examen citomorfologic	2338.43	48	818	39.264,00
	Suma totală alocată pentru Program Endoscopie		420		324.960,00
	Program Colonoscopie				
454	Videoendoscopie digestivă inferioară cu IScan I, II, III și Zoom	2338.44	248	1218	302.064,00
455	Videoendoscopie digestivă inferioară cu IScan I, II, III și Zoom, cu prelevarea endobiopsiei pentru examen citomorfologic	2338.45	24	1318	31.632,00
	Suma totală alocată pentru Program Colonoscopie		272		333.696,00
	Program Anestezie				
479	Durata de 0,5 ore, categoria I	3655	16	511	8.176,00
480	Durata de 1,0 ore, categoria I	3657	32	1783	57.056,00
	Suma totală alocată pentru Program Anestezie		48		65.232,00
	Program Pacient oncologic				
258	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a creierului, cu contrast, la aparatul spiralat 64 Slices, inclusiv descrierea	1255.2	2	1543	3.086,00
260	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a toracelui și a mediastinului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices, inclusiv descrierea	1255.4	2	1824	3.648,00
262	Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a abdomenului cu contrast la aparatul spiralat 64 Slices, inclusiv descrierea	1255.6	8	1789	14.312,00
281	Tomografia computerizată bifazică a ficatului, pancreasului, cu contrast, la aparatul spiralat 128/256 Slices	1255.51	5	3553	17.765,00
282	Tomografia computerizată trifazică a ficatului, pancreasului, cu contrast, la aparatul spiralat 128/256 Slices	1255.52	7	4008	28.056,00

283	Tomografia computerizată bilanț oncologic (cutie toracică, abdomen + bazinul mic), fără contrast, la aparatul spiralat 128/256 Slices	1255.53	8	2716	21.728,00
284	Tomografia computerizată bilanț oncologic (cutie toracică, fără contrast, abdomen + bazinul mic, cu contrast) la aparatul spiralat 128/256 Slices	1255.54	76	4488	341.088,00
	<i>Suma totală alocată pentru program Pacient oncologic</i>		108		429.683,00
	Program Pacient Copil				
229	Ecocardiografia (M, 2D, Doppler, Doppler Color)	1083	1	333	333,00
	<i>Suma totală alocată pentru Program Pacient Copil</i>		1		333,00
	Suma totală alocată pentru serviciile medicale de înaltă performanță constituie		5.875		3.962.581,00

Condiții speciale

În conformitate cu prezentul Contract, pentru anul 2026 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 2026 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.

2. În cazul nerespectării prevederilor pct.3.1, subpct.15) din Contract cu referire la prezentarea Devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) în termenul stabilit, CNAM va suspenda achitarea serviciilor medicale acordate.

3. Prestatorul de servicii medicale este obligat să respecte orarul de prestare a serviciilor medicale programate și să nu tergiverseze/ amâne prestarea acestora.

4. În cazul nevalorificării mijloacelor financiare, CNAM va reține diferența dintre suma planificată și cea executată (cheltuieli efective) din contul transferurilor ulterioare.

5. Prestatorul este obligat să comunice Companiei în decurs de 5 zile lucrătoare despre imposibilitatea prestării serviciilor medicale de înaltă performanță contractate (inclusiv din cauza defectării aparaturii medicale).

6. Serviciile de înaltă performanță necesare pentru stabilirea/confirmarea diagnosticului, prescrise și prestate în cadrul epizodului de spitalizare și/sau în ziua internării pacientului, vor fi realizate din contul cazului tratat și nu se vor raporta prin SIRSM.

7. Instituția medicală va asigura evidența contabilă conformă a veniturilor și cheltuielilor pe tipuri de asistență medicală, inclusiv pentru serviciile medicale contractate prin metoda de plată “buget global”.