

**CONTRACT nr. VII/PNS/06/01.04.2013**  
**pentru finanțarea programelor/subprogramelor din cadrul programelor**  
**naționale de sănătate curative în anii 2013 și 2014**

**I. Părțile contractante**

**Casa de Asigurări de Sănătate Timis**, cu sediul în municipiul Timisoara, str. Corbului. nr. 4, județul Timis, telefon/fax 0256 - 294484, reprezentată prin președinte - director general Prof.univ.dr.Victor Dumitrascu,

și

Unitatea sanitară **Institut de Boli Cardiovasculare Timisoara**, cu sediul în Timisoara, str.Gheorghe Adam nr. 13A, telefon 0256 - 207355, fax 0256 - 207362, reprezentată prin Manager Ec. Ranko Szuhaneck, având actul de înființare/organizare nr. 6.302/1993 și nr. 2/2012, Autorizația sanitară de funcționare/Raportul de inspecție eliberat de Direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de Legea nr. 95/2006, Dovada de evaluare nr. 73/2012, codul fiscal 5189211 și contul nr. RO08TREZ6215041XXX000499, deschis la Trezoreria Statului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medicosanitar angajat valabilă pe toată durata Contractului nr. VII/PNS/06/2013.

**II. Obiectul contractului**

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie finanțarea programului/subprogramului din cadrul programelor naționale de sănătate curative: Program national de boli cardiovasculare, pentru asigurarea materialelor sanitare specifice necesare în terapia în spital, conform Hotărârii Guvernului nr. 124/2013 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014 și Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190/2013 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2013 și 2014.

**III. Durata contractului**

ART. 2

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

ART. 3

Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părților, în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 124/2013.

**IV. Obligațiile părților**

ART. 4

Obligațiile casei de asigurări de sănătate sunt:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizați și evaluați, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii spitalicești, în condițiile legii, 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, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ 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, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare conform Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2013 și 2014, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190/2013 în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii cu privire la condițiile de contractare pentru finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil furnizorii cu privire la derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să efectueze prin structurile de specialitate și, după caz, cu participarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate controlul derulării programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, respectiv respectarea obligațiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relație contractuală, conform prevederilor Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2013 și 2014, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190/2013;

f) să înmâneze furnizorilor, la momentul finalizării controlului, procesele verbale de constatare sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de acestea, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare expirate;

h) să trimită spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine

furnizorii depun declarații pe propria răspundere.

#### ART. 5

Obligațiile unității sanitare sunt:

1. să utilizeze fondurile primite pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, potrivit destinației acestora;
2. să dispună măsuri pentru asigurarea realizării obiectivelor programului/subprogramului național de sănătate curativ și pentru gestionarea eficientă a mijloacelor materiale și bănești;
3. să organizeze evidența cheltuielilor pe fiecare program/subprogram și pe subdiviziunile clasificăției bugetare atât în prevederi, cât și în execuție;
4. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor/materialelor sanitare din cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
5. să asigure bolnavilor tratamentul adecvat și eficient, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere și eliberare a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;
6. să achiziționeze, în condițiile legii, medicamente/materiale sanitare specifice în baza necesarului stabilit, ținând cont de nevoile reale, consumurile realizate și de stocurile cantitativ-valorice, în condițiile legii la nivelul prețului de achiziție, care pentru medicamente nu poate depăși prețul de decontare; în cazul produselor biologice, achiziționarea se face pe denumire comercială;
7. să monitorizeze consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit închis în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, cu evidențe distincte, inclusiv pentru denumirile comune internaționale (DCI) aprobate prin comisiile de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și de la nivelul caselor de asigurări de sănătate, în limita fondurilor stabilite cu această destinație;
8. să asigure acordarea serviciilor medicale și tratamentul specific afecțiunilor cuprinse în programele naționale de sănătate curative asiguraților fără nicio discriminare;
9. să transmită casei de asigurări de sănătate în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea: raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, și anuale privind sumele utilizate pe fiecare program, indicatorii realizați, precum și evidența nominală în baza codurilor numerice personale, pentru bolnavii tratați în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative ; indicatorii de eficiență reprezintă costul mediu/bolnav tratat și se calculează ca raport între valoarea medicamentelor și/sau a materialelor sanitare specifice consumate pentru tratamentul bolnavilor și numărul de bolnavi beneficiari în cadrul fiecărui program, iar pentru serviciile de supleere renală, ca raport între cheltuielile pentru serviciile de supleere renală și numărul de bolnavi dializați;
10. să depună lunar la casa de asigurări de sănătate, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor, documentele justificative, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract și a sumelor disponibile cu această destinație;

11. să transmită caselor de asigurări de sănătate prescripțiile medicale în baza cărora s-au eliberat medicamentele specifice pentru tratamentul în ambulatoriu, însoțite de borderourile centralizatoare distincte;
12. să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, precum și de servicii de suplere renală, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative pe baza setului minim de date: CNP bolnav, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), medicamentele eliberate, cantitatea și valoarea de decontat, conform schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;
13. să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;
14. să informeze asigurații cu privire la derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative ;
15. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați în actele normative în vigoare;
16. să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;
17. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative ;
18. să asigure numai utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamentele ce se eliberează în cadrul programelor naționale de sănătate curative aferente tratamentului ambulatoriu; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală care este formular cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;
19. să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale conform dispozițiilor legale;
20. să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;
21. 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 din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;
22. să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor în vederea acordării medicamentelor/ materialelor sanitare;
23. să raporteze consumul de medicamente/materiale sanitare ce se eliberează în cadrul programelor naționale de sănătate curative conform prevederilor legale în

vigoare;

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

25. în situația în care nu a fost îndeplinită obligația prevăzută la pct. 24 furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naționale de sănătate curative au obligația să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

26. să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative pe care le derulează, precum și execuția înregistrată trimestrial și anual.

## **V. Valoarea contractului**

### **ART. 6**

1. Sumele se angajează anual în limita sumelor aprobate prin Legea bugetului de stat.

2. Pentru anul 2013 valoarea contractului este:

**Program național de boli cardiovasculare - 800.000 lei, din care:**

Proceduri de dilatare percutana - 133.000 lei

Proceduri terapeutice de electrofiziologie - 19.000 lei

Implantare de stimulatoare cardiace - 119.000 lei

Defibrilatoare interne - 18.000 lei

Stimulatoare de resincronizare cardiaca - 7.000 lei

Interventii de chirurgie cardiovasculara - adulti - 474.000 lei

Chirurgie vasculara - 30.000 lei

Defalcarea lunara/trimestriala a sumelor alocate derularii programelor/subprogramelor se regasese în anexa la prezentul contract.

## **VI. Finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative**

### **ART. 7**

Unitatea sanitară prezintă în primele 10 zile lucrătoare ale lunii curente decontul pentru luna precedentă, cuprinzând numărul de bolnavi tratați, valoarea medicamentelor și materialelor sanitare consumate pentru tratamentul bolnavilor, costul mediu pe bolnav, sumele achitate conform ordinului de plată (cu ștampila trezoreriei) cu care s-a achitat contravaloarea facturii pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice procurate în luna precedentă, precum și cererea justificativă, însoțită de copia facturii emise de furnizor pentru medicamentele și/sau materialele specifice aprovizionate pentru luna în curs.

### **ART. 8**

(1) Casa de asigurări de sănătate analizează indicatorii prezentați prin decont, gradul și modul de utilizare a fondurilor puse la dispoziție anterior, precum și stocurile cantitativ-valorice, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la primire.

(2) Validarea facturilor depuse în vederea decontării se realizează în termen de 30 de zile de la data depunerii documentelor justificative.

(3) Decontarea contravalorii facturii prezentate în copie de unitatea sanitară pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice achiziționate, în condițiile legii, se realizează lunar în limita sumei prevăzute în contract și a fondurilor disponibile cu această destinație, în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate.

## **VII. Răspunderea contractuală**

### **ART. 9**

Unitatea sanitară are următoarele obligații:

1. prin medicii coordonatori:

a) răspunde de utilizarea fondurilor primite pentru efectuarea cheltuielilor pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice;

b) răspunde de organizarea evidenței electronice a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, prescrise în cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date: CNP bolnav, diagnostic specific concordant cu subprogramul, medicul curant (cod parafă), medicamentele eliberate, cantitatea și valoarea de decontat, conform schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;

c) dispune măsurile necesare aplicării metodologiei de program/subprogram, în vederea asigurării îndeplinirii obiectivelor prevăzute în acesta;

d) răspunde de organizarea, monitorizarea și de buna desfășurare a activităților medicale din cadrul programului/subprogramului;

e) răspunde de raportarea la timp a datelor către casa de asigurări de sănătate, precum și de realitatea și exactitatea acestora;

2. prin contabilul-șef al unității sanitare răspunde de modul de organizare a evidențelor tehnico-operative, de utilizarea sumelor alocate potrivit destinațiilor aprobate, cu respectarea normelor legale în vigoare, de exactitatea și realitatea datelor raportate lunar;

3. solicită începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor în vederea acordării medicamentelor/materialelor sanitare.

### **ART. 10**

Casa de asigurări de sănătate controlează trimestrial modul de utilizare a fondurilor alocate și analizează indicatorii prezențați.

### **ART. 11**

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile furnizorului prevăzute la art. 5, cu excepția obligațiilor prevăzute la pct. 23, 24 și 25, atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a1. la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

a2. la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

a3. la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii

respective;

a4. nerespectarea de către unitățile sanitare cu paturi a obligației prevăzute la art. 5 pct. 23 atrage aplicarea unor sancțiuni, după cum urmează:

a4.1) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea de contract aferentă lunii respective;

a4.2) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru prin aplicarea unui procent suplimentar de 7% față de procentul prevăzut la lit. a4.1), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferentă lunii respective;

a5. nerespectarea de către unitățile sanitare cu paturi a obligației prevăzute la art. 5 pct. 24 atrage aplicarea următoarei sancțiuni:

- avertisment - pentru fiecare lună pentru care se constată nerespectarea obligației.

a6. pentru nerespectarea de către unitățile sanitare cu paturi a obligației prevăzute la art. 5 pct. 25, se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse sau neraportate prescrise în cadrul unui trimestru.

(2) Reținerea sumelor conform prevederilor alin. (1) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care sumele prevăzute la alin. (1) lit. a6 depășesc prima plată, recuperarea sumelor se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(3) Recuperarea sumelor conform prevederilor alin. (1) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naționale de asigurări de sănătate în tratamentul ambulatoriu.

(4) Pentru cazurile prevăzute la alin. a5 și a6 casa de asigurări de sănătate ține evidența distinct pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ și pe fiecare medic prescriptor.

(5) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1), casa de asigurări de sănătate ține evidența distinct pe fiecare furnizor.

(6) Casa de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, respectiv ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1).

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile prevederilor de la alin. (1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

## ART. 12

(1) Contractul se modifică în sensul suspendării printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în următoarele situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de asigurare a serviciilor medicale, respectiv nu mai pot asigura tratamentul specific bolnavilor incluși în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secției/secțiilor care derulează programe/subprograme naționale de sănătate curative a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar; suspendarea se face până la obținerea noii

autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar;

c) pentru 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;

d) la solicitarea furnizorului pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

e) suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative; suspendarea contractului pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești.

(2) În cazul reorganizării unităților sanitare cu paturi, prin desființarea lor și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, contractele pentru finanțarea de medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă în cadrul unor programe/subprograme din cadrul programului național de sanatare curativ, încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare, se preiau de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

## **VIII. Soluționarea litigiilor**

### **ART. 13**

Litigiile apărute pe anii derulării contractului se soluționează de părți pe cale amiabilă. În situația în care părțile nu ajung la o înțelegere, acestea se vor adresa Comisiei de arbitraj sau instanțelor judecătorești competente, după caz.

## **IX. Clauze speciale**

### **ART. 14**

Sumele înscrise în prezentul contract sunt cuprinse în fondurile aprobate pe anul 2013.

### **ART. 15**

Se pot încheia acte adiționale la prezentul contract în situația în care se aprobă modificări în volumul și în structura programului/subprogramului, pe parcursul derulării acestuia.

### **ART. 16**

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, în conformitate cu prevederile legale.

Dacă pe durata derulării prezentului contract expiră termenul de valabilitate a autorizației sanitare, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare pentru toată durata de valabilitate a contractului.

## **X. Forța majoră**

### **ART. 17**

Orice împlumnicire independentă de voința părților, intervenită după data semnării prezentului contract și care împiedică executarea acestuia, este considerată



forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, mari inundații, embargo.

#### ART. 18

Partea care invocă forță majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

#### ART. 19

Dacă nu se 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 la termen.

#### ART. 20

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.

### XI. Dispoziții finale

#### ART. 21

Orice modificare poate fi făcută numai cu acordul scris al ambelor părți.

#### ART. 22

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

Prezentul contract s-a încheiat astăzi, 01.04.2013, în două exemplare, câte un exemplar pentru fiecare parte, și se completează conform normelor legale în vigoare.

Casa de Asigurări de Sănătate

Președinte - director general  
Prof.univ.dr. Victor Dumitrascu

Director economic  
Ec. Gabriela Ana Pop

Director relatii contractuale  
Jr. Mariana Radulescu

Medic șef  
Dr. Sanda Iancu

Serviciul Juridic și Contencios  
Cons.Jr. Darius Bogdan

Furnizor de servicii medicale

Manager  
Ec. Ranko Szuhanek

Director financiar-contabil  
Ec. Aurora Bojin



Data 01.04.2013

Semnătura \_\_\_\_\_

