

(2) Dacă expiră termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

Art. 23. - Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 15 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

XII. Soluționarea litigiilor

Art. 24. - (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prelabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj sau, după caz, a instanțelor de judecată.

XIII. Alte clauze

1. Raportarea serviciilor medicale se face în funcție de vârsta asiguratului . Trecerea în grupa de vârstă următoare se face în luna următoare împlinirii vârstei de către asigurat .

2. Trimiterea asiguratului de către un medic de specialitate aflat în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate către un alt medic din ambulatoriu de specialitate aflat în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate se face pe baza biletului de trimitere numai pentru situația în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale de specialitate din partea medicului respectiv și necesită în urma consultației și a diagnosticului prezumtiv trimitere către un medic de altă specialitate .

3. Casa de asigurări de sănătate , suportă pentru fiecare asigurat, la un anumit diagnostic contravaloarea a maximum trei consultații din care prima consultație este inițială și următoarele sunt consultații de control, dacă medicul de specialitate consideră la prima consultație că sunt necesare investigații suplimentare pentru confirmarea diagnosticului de presumție, cu al căror rezultat pacientul se prezintă în alte zile.

4. Medicul de specialitate care recomandă investigația „Creatinină serică ” va înscrie greutatea corporală a asiguratului pe biletul de trimitere .

5. În cazul în care adresabilitatea asiguraților depășește nivelul prevederilor menționate în norme, furnizorul va întocmi liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, sau la cererea asiguratului, se pot acorda consultații, servicii medicale și tratamente contra cost.

6. Biletul de trimitere pentru investigațiile paraclinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește de furnizorul de servicii medicale, care a făcut trimiterea și două exemplare sunt înmânate asiguratului („alb” și „roz”), care le depune la furnizorul de servicii medicale paraclinice.

7. Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, facturează lunar și depune la Casa de Asigurări de Sănătate, la data programată, activitatea realizată conform contractului cu Casa de Asigurări de Sănătate . Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale pentru perioada respectiva .

8. Contravaloarea serviciilor medicale care nu se regăsesc în anexa nr. 7, la ordin, precum și a serviciilor medicale acordate la cererea asiguratului, sau în situația în care asiguratul nu acceptă programarea pe liste de prioritate se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinetul medicale, pentru care se eliberează chitanță fiscală cu indicarea serviciului prestat .

9. C.A.S. decontează medicului de specialitate, numai serviciile efectuate în cabinetele medicale ale acestora și interpretate de medicii respectivi , în specialitățile confirmate .

10. Valoarea lunară decontată de casa de asigurări de sănătate este condiționată de încadrarea în suma anuală, trimestrială, lunară alocată cu această destinație, eventualele regularizări făcându-se ulterior, cu respectarea valorii minime garantate a punctului .

11. CAS decontează consultațiile și serviciile pentru afecțiunile confirmate (anexa nr. 9 din norme) numai în următoarele situații :