SOCIETATEA DE SERVICII HIDROENERGETICE HIDROSERV S.A.
INTRARE Nr. E 101751
IEȘIRE Ziua 30 Luna 09 Anul 2026

Caiet de Sarcini privind achiziționarea de servicii de Asigurare voluntară de sănătate de grup pentru angajații S.S.H. Hidroserv S.A.

Avizat în ședință CSSM din data de 29.09.2026, prin Proces-verbal nr. 100888/29.09.2026

Cuprins:

I. INTRODUCERE 2
1. Informații despre Achizitor 2
2. Obiectul achiziției: 2
3. Contextul legal și cadrul normativ aplicabil 3
II. CONTEXTUL REALIZĂRII ACHIZIȚIEI DE SERVICII 3
1. Justificarea achiziției 3
2. Profilul și structura grupului de asigurați 3
3. Asigurarea dependenților 3
III. DESCRIEREA SERVICIILOR MEDICALE SOLICITATE 4
1. Condiții obligatorii de acces 4
2. Cerințe privind serviciile acoperite 4
A. PACHET SPITALIZARE 4
A.1. Spitalizare continuă chirurgicală în spitale private 4
A.2. Acoperire pentru spitalizare în spitale publice în cazul afecțiunilor medicale sau al intervențiilor chirurgicale 5
B. SERVICII MEDICALE DE SPECIALITATE ÎN AMBULATORIU 5
B.1. Consultații medicale de specialitate/ controale medicale de monitorizare 5
B.2. Analize de laborator, investigatii medicale și explorări funcționale, imagistică 5
I. Analize de laborator 6
II. Investigații imagistice, radiologice și explorări funcționale 7
III. Manevre/proceduri/vaccinări: 8
B3. Tratamente și proceduri, inclusiv chirurgicale, în ambulatoriu sau cu spitalizare de zi 8
I. Proceduri, servicii și investigații solicitate (pe specialități) în ambulatoriu sau cu spitalizare de zi: 8
II. Mică chirurgie (în Ambulatoriu de specialitate, cu sau fără spitalizare de zi) 9
B4. Servicii medicale de recuperare și fizioterapie 10
C. PACHET SCREENING - ACOPERIRE PENTRU SERVICII MEDICALE DE PREVENȚIE 10
D. ALTE ACOPERIRI 11
E. PACHET ONCOLOGIC 11
F. MONITORIZARE GRAVIDE 12
IV. PLATA SERVICIILOR MEDICALE ASIGURATE 12
V. CANALE DE ASISTENȚĂ ȘI GESTIONARE A SERVICIILOR – CALL CENTER ȘI ACCES DIGITAL 14
VI. IMPLEMENTARE 15
VII. ACOPERIREA TERITORIALĂ CU REȚEAUA PARTENERĂ CU DECONTARE DIRECTĂ 15
VIII. PERIOADA DE RAMBURSARE 16
IX. REGIMUL FINANCIAR, FACTURAREA ȘI MIȘCĂRILE DE PERSONAL 16
X. DURATA, DERULAREA CONTRACTULUI 17
XI. MANAGEMENTUL CONTRACTULUI, OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR ȘI GDPR. 18
XII. CONDIȚIILE DE LICITAȚIE, CADRUL LEGAL ȘI DISPOZIȚII FINALE 20
XIII. Anexe 22

I. INTRODUCERE

În cadrul acestei proceduri, **S.S.H. HIDROSERV S.A.** (în continuare numita „Hidroserv" sau „Achizitor") îndeplinește rolul de Achizitor în cadrul Contractului.

Orice activitate/ cerință descrisă într-un anumit capitol/ anexă din Caietul de Sarcini și nespecificată explicit în alt capitol/ anexă, trebuie interpretată ca fiind menționată în toate capitolele/ anexele unde se consideră de către Ofertant că aceasta trebuia menționată pentru asigurarea îndeplinirii obiectului Contractului.

Cerințele tehnice specificate în prezentul caiet de sarcini sunt considerate minimale și obligatorii. Ofertele care îndeplinesc aceste cerințe minimale vor fi considerate conforme. Asigurarea unui nivel calitativ superior cerințelor minime va fi punctată în conformitate cu factorii de evaluare stabiliți, cu condiția încadrării în valoarea maximă estimată a achiziției.

1. Informații despre Achizitor

Denumirea Achizitorului: S.S.H. HIDROSERV S.A.
Sediul Social: str. Constantin Nacu, nr.3, et.3-5, sector 2, Bucuresti
Cod unic de inregistrare: RO 32097794
Numărul de ordine în Registrul Comertului: J2013009762408
Capital Social subscris și vărsat: 70.576.810 lei
Principala activitate a societății constă în: Repararea și întreținerea mașinilor - activități de mentenanță, reparații și recondiționări pentru echipamente energetice și hidromecanice, cod CAEN 3312

S.S.H. Hidroserv S.A., filială a Societății de Producere a Energiei Electrice în Hidrocentrale Hidroelectrica S.A., este persoană juridică română, având forma juridică de societate pe acțiuni.

Activitatea Societății este organizată teritorial: la sediul social și în șapte secții de servicii și reparații hidroenergetice (denumite în continuare S.S.R.H.) a căror activitate se desfășoara în 13 județe, după cum urmează:

- **Sediul Societății**: Mun. București, sector 2, str. Constantin Nacu nr.3, etaj 3-5;
- **S.S.R.H. Bistrița** cu sediul în mun. Piatra Neamț, județul Neamț și două sedii secundare în sat Stejaru, com. Pîngărați, jud. Neamț și sat Lilieci, com. Hemeiuș, jud. Bacău;
- **S.S.R.H. Cluj** cu sediul în mun. Cluj-Napoca, judetul Cluj și sediul secundar in sat Remeți com Bulz, judetul Bihor;
- **S.S.R.H. Curtea de Argeș** cu sediul în mun. Curtea de Argeș, județul Argeș si doua sedii secundare, in mun. Câmpulung și com. Arefu, ambele in județul Argeș;
- **S.S.R.H. Hațeg** cu sediul în orașul Hațeg, județul Hunedoara și sediul secundar din loc. Caransebeș, judetul Caraș-Severin;
- **S.S.R.H. Porțile de Fier** cu sediul în mun. Drobeta Turnu Severin, judetul Mehedinți, cu sedii secundare în sat Ostrovu Mare, com. Gogoșu, in jud. Mehedinti, mun. Târgu Jiu, jud. Gorj;
- **S.S.R.H. Râmnicu Vâlcea** în mun. Râmnicu Vâlcea, județul Vâlcea si două sedii secundare în sat Ciunget, com Malaia, județul Vâlcea și mun. Slatina, județul Olt;
- **S.S.R.H. Sebeș** cu sediul în mun. Sebeș, județul Alba și sediu secundar în mun. Făgăraș, județul Brașov.

2. Obiectul achiziției:

Prezenta procedură are ca obiect achiziția de „Servicii de asigurare voluntară de sănătate de grup", realizată prin atribuirea unui contract cu o durată de 12 luni unui singur contractant, respectiv o societate de asigurări autorizată de A.S.F. pentru emiterea polițelor de sănătate. În baza acestui contract, va fi emisă polița colectivă de asigurare care va acoperi serviciile medicale pentru întregul personal al S.S.H. Hidroserv S.A., inclusiv pentru directorii executivi ale căror raporturi juridice sunt reglementate prin contract de mandat.

3. Contextul legal și cadrul normativ aplicabil

La nivel intern, prezenta achiziție este fundamentată în mod expres de prevederile Contractului Colectiv de Muncă (CCM) al S.S.H. Hidroserv S.A., înregistrat la ITM București sub numărul 48/ 27.02.2024 (art. 5.41), cu modificările și completările ulterioare, conform căruia Angajatorul poate suporta cheltuielile cu primele de asigurare voluntară de sănătate de grup în limita unei sume reprezentând echivalentul în lei a maximum 250 euro / salariat / an fiscal.

Serviciile solicitate, precum și relația comercială de drept privat dintre Achizitor și Contractant, sunt reglementate de urmatoarele acte normative:

- **Legea nr. 95/2006** privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în special *Titlul X – Asigurările voluntare de sănătate*;
- **Ordinul nr. 365/2007** pentru aprobarea Normelor metodologice privind asigurările voluntare de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, precum și reglementările emise de Autoritatea de Supraveghere Financiară (ASF);
- **Legea nr. 237/2015** privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare, cu modificările și completările ulterioare;
- **Legea nr. 213/2015** privind Fondul de Garantare a Asiguraților, cu modificările și completările ulterioare;
- **Legea nr. 287/2009** privind Codul Civil, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- **Legea nr. 227/2015** privind Codul Fiscal, cu modificările și completările ulterioare;
- **Regulamentul (UE) 2016/679 (GDPR)** privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și **Legea nr. 190/2018** privind măsuri de punere în aplicare a acestuia, cu modificările și completările ulterioare.

II. CONTEXTUL REALIZĂRII ACHIZIȚIEI DE SERVICII

1. Justificarea achiziției

Prezenta achiziție este necesară pentru a oferi accesul rapid al salariaților la servicii medicale, în vederea protejării integrității fizice și a stării de sănătate a angajaților pentru prevenirea accidentelor, reducând astfel și durata concediilor medicale în companie. Bugetul este de 250 de euro pe an pentru un salariat, reprezentând o cheltuială deductibilă fiscal în limitele legale aplicabile. Pachetul medical funcționează ca un instrument de motivare și protecție socială, oferind condiții egale tuturor angajaților, indiferent de locul unde își desfășoară activitatea.

2. Profilul și structura grupului de asigurați

Asigurarea voluntară de sănătate va fi încheiată pentru un **număr estimat de 1.289** asigurați (numar minim 1.200 asigurati și număr maxim 1.481 asigurați).

Structura de personal pe grupe de vârstă și gen este detaliată în *Anexa 1.*

Distribuția geografică a salariaților, realizată în funcție de județele lor de domiciliu, este detaliată în *Anexa 2*, această structură fiind independentă de locul de desfășurare a activității profesionale.

Prin **asigurat (persoana asigurata)** se va înțelege:

- fiecare angajat al S.S.H. Hidroserv S.A., indiferent de locația unde își desfășoară activitatea, respectiv la: sediul social din București, sediile secțiilor de servicii și reparații hidroenergetice, organizate teritorial, inclusiv alte sedii secundare;
- directorii executivi ale căror raporturi juridice sunt reglementate prin contract de mandat, dupa caz.

3. Asigurarea dependenților

Ofertantul poate oferi, în mod opțional, posibilitatea încheierii contractului de asigurări voluntare de sănătate, **pentru persoanele dependente ale asiguraților** (soț/soție – vârsta 18-65 ani și copii aflați în întreținerea persoanei asigurate, până la vârsta de 18 ani) la solicitarea acestora cu aceleași servicii

medicale stipulate în contractul de asigurare încheiate de către Angajator. Suportarea primei de asigurare se va face de către angajatul titular pentru dependent prin reținerea primelor din veniturile salariale.
Prestarea serviciilor medicale către persoanele dependente începe de la data intrării în vigoare a poliței de asigurare, fără aplicarea vreunei perioade de așteptare.

III. DESCRIEREA SERVICIILOR MEDICALE SOLICITATE

1. Condiții obligatorii de acces

Acces necondiționat de starea de sănătate: Beneficiile solicitate se aplică unitar tuturor persoanelor asigurate. Se interzice solicitarea de chestionare de risc medical sau investigații prealabile. Nu se acceptă excluderi sau limitări în accesarea serviciilor pe criterii de vârstă, istoric medical, afecțiuni preexistente sau boli cronice.
Eliminarea perioadelor de așteptare: Toate serviciile medicale, plafoanele și indemnizațiile solicitate (inclusiv cele pentru afecțiuni cronice, preexistente și monitorizarea sarcinii) **se acordă din prima zi de valabilitate a poliței de asigurare**, fără aplicarea vreunei perioade de așteptare sau restricții de timp. Polița de asigurare va fi transmisă Achizitorului în ziua semnării acesteia.
Libertatea alegerii furnizorului: Toți asigurații au dreptul de a beneficia de toate serviciile incluse pe întreaga durată a poliței, având **libertatea deplină de a opta pentru furnizorul medical dorit,** fie din cadrul rețelei proprii, rețeaua parteneră (agreata), fie alt furnizor de servicii medicale din afara rețelei, decontarea/rambursarea urmând a fi realizată conform regulilor stabilite pentru fiecare pachet din prezentul Caiet de Sarcini.

2. Cerințe privind serviciile acoperite

Asigurarea voluntară de sănătate va fi structurată și va acoperi următoarele pachete de servicii:

A. PACHET SPITALIZARE

acoperire pentru servicii medicale spitalicești acordate cu spitalizare continuă, în cazul intervenției chirurgicale

A.1. Spitalizare continuă chirurgicală în spitale private

a) Regim de acordare

Va fi acoperit costul serviciilor medicale pentru intervenție chirurgicală, inclusiv intervenție laparoscopică, efectuate în spitale private pe durata spitalizării asiguratului, într-o unitate medicală autorizată.

b) Regim de decontare

Acoperire în proporție de **100% prin decontare directă în rețeaua proprie și parteneră** (agreată) a Asigurătorului, respectiv prin rambursare în proporție de **100% din valoarea efectiv facturată** și achitată de asigurat, în cazul accesării **oricărui alt furnizor de servicii medicale** din afara rețelei, fără franșize sau coplăți, în limita minima a sumei asigurate de **10.000 lei/ an contractual/ asigurat** pentru decontarea tuturor cheltuielilor legate de cazurile chirurgicale.

c) Servicii incluse în limita plafonului

Spitalizarea acoperă toate costurile medicale necesare **inclusiv, dar fără a se limita la:** intervenția chirurgicală propriu-zisă, inclusiv intervenția laparoscopică, serviciile de anestezie, cazarea și alimentația pe durata spitalizării, consultațiile, analizele de laborator, investigații medicale imagistice și funcționale, medicamente, materialele sanitare, consumabilele și dispozitive medicale furnizate în regim de spitalizare și alte servicii complementare necesare, după caz.

d) Lista limitativă a excluderilor

Ofertele tehnice trebuie să garanteze acoperirea tuturor procedurilor și intervențiilor spitalicești autorizate de legislația medicală în vigoare. Ofertantul va nominaliza în mod explicit în cadrul propunerii tehnice **lista limitativă a excluderilor standard** specifice polițelor colective de asigurare de

sănătate, orice serviciu sau procedură medicală nementionată în lista de excluderi fiind considerată automat acoperită prin contract, în condițiile stabilite prin documentația de atribuire. Nu se acceptă excluderi personalizate, introduse pe criterii de istoric medical sau afecțiuni preexistente ale asiguraților.

A.2. Acoperire pentru spitalizare în spitale publice în cazul afecțiunilor medicale sau al intervențiilor chirurgicale

a) Regim de acordare

Va fi acoperita o indemnizație zilnică, pentru fiecare zi de spitalizare, în cazul spitalizării unui asigurat într-un spital public de pe teritoriul României, în regim de spitalizare continuă, ca urmare a unei afecțiuni medicale sau a unei intervenții chirurgicale acoperite. Pentru spitalizarea continuă, indemnizația se acordă începând cu prima zi de spitalizare, cu condiția ca internarea să depășească 24 de ore.

b) Regim de decontare

Asigurătorul nu decontează cheltuieli medicale directe către spitalul public, ci plătește o indemnizație zilnică prin virament direct în contul bancar al angajatului, în baza biletului de externare sau a decontului de cheltuieli eliberat de spitalul public, în termenul stabilit prin contract. Asigurătorul va acoperi indemnizația zilnică pentru fiecare zi de spitalizare efectivă, în limita a **7 (şapte) zile de spitalizare/ asigurat/ an contractual**. Serviciile se vor acorda fără aplicarea vreunei franșize temporale, indemnizația fiind datorată integral începând cu prima zi de spitalizare. Ofertele care includ orice tip de franșiză temporală vor fi declarate neconforme și vor fi respinse. Cerința minimă obligatorie pentru valoarea acestei indemnizații este de **150 lei/ zi de spitalizare.**

B. SERVICII MEDICALE DE SPECIALITATE ÎN AMBULATORIU

B.1. Consultații medicale de specialitate/ controale medicale de monitorizare

a) Regim de acordare

Fiecare asigurat are dreptul la **consultații de specialitate/ controale medicale de monitorizare** (după caz, indiferent de tipul de afecțiune: acută, subacută, cronică, preexistentă, precum și în caz de accidente, inclusiv traumatisme), fără limită de accesări, la medic specialist/medic primar, accesul fiind direct la cerere, fără obligația prezentării unui bilet de trimitere sau a unei recomandări medicale prealabile. Asiguratul are dreptul la o a doua consultație medicală de specialitate la un alt medic specialist/medic primar (second opinion pentru același diagnostic) în cadrul aceleiași afecțiuni, acordată în aceleași condiții de decontare.

b) Regim de decontare

Consultațiile medicale/controalele la toate specialitățile sunt acoperite în proporție de **100% prin decontare directă în rețeaua proprie și parteneră** (agreată) a Asigurătorului, respectiv **prin rambursare integrală, în proporție de 100% din valoarea efectiv facturată** și achitată de asigurat, în cazul accesării **oricărui alt furnizor de servicii medicale** din afara rețelei.

c) Specialități medicale acoperite

Servicii de consultații medicale/controale pentru cel puțin următoarele specialități (cerință minimă): Medicină generală, Medicină internă, Alergologie și imunologie clinică, Boli infecțioase, Cardiologie, Chirurgie generală, Dermatologie, Diabet și boli metabolice, Endocrinologie, Gastroenterologie, Hematologie, Nefrologie, Neurologie, Obstetrică-Ginecologie, Oftalmologie, Oncologie, ORL, Ortopedie și traumatologie, Pneumologie, Recuperare medicală, Reumatologie, Urologie, Senologie.

B.2. Analize de laborator, investigatii medicale și explorări funcționale, imagistică

a) Regim de acordare

Serviciile medicale vor fi acoperite ori de câte ori este nevoie, în caz de necesitate medicală, pe baza recomandării scrise a medicului de specialitate (cerință minimă) emise în cadrul unei consultații acoperite de contract, fără limită de accesări. Această acoperire include în mod expres și repetarea

analizelor de laborator în vederea monitorizării sau evaluării evoluției parametrilor, după efectuarea tratamentului indicat de medic.

b) Regim de decontare

Acoperire în proporție de **100% prin decontare directă în rețeaua proprie și parteneră** (agreată) a Asigurătorului, respectiv prin rambursare în proporție de **100% din valoarea facturată, în cazul accesării oricărui alt furnizor de servicii medicale** din afara rețelei.

I. Analize de laborator

Lista minimă de analize solicitate:

1) **Hematologie:** Hemogramă completă (hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitara, indici eritrocitari), INR, fibrinogen, VSH (viteza de sedimentare a hematiilor), reticulocite;
2) **Biochimie serică:** proteine totale, electroforeză proteine serice, uree serică, creatinină, acid uric, bilirubină (totală, directă, indirectă), glicemie, hemoglobină glicată (HbA1c), profil lipidic complet (colesterol total, HDL, LDL, VLDL, trigliceride), transaminaze (TGP, TGO), Gama GT, fosfatază alcalină, LDH, CK, CK-MB, amilază serică, ionogramă completă (sodiu, potasiu, calciu total, calciu ionic, magneziu), sideremie, albumină;
3) **Imunologie și Serologie:** IgA seric, IgE seric, IgM seric, IgG seric, Proteină C Reactivă (cantitativ), complement seric C3/C4, ASLO (cantitativ), anticorpi anti-CCP, electroforeza proteinelor serice cu imunofixare, antigen Helicobacter Pylori, Tumor Necrosis Factor (TNF);
4) **Markeri:**

   4.1. markeri endocrini și metabolici: TSH (Hormonul stimulator al tiroidei), FT3 și FT4 (Hormonii tiroidieni liberi), Anticorpi anti-tiroglobulină, anti-TPO LH (Hormonul luteinizant), FSH (Hormonul stimulant folicular), Prolactină, Estradiol, Progesteron, Cortizol, Insulină și Indice HOMA;

   4.2. markeri tumorali: AFP (alfa – fetoproteina), Beta 2 microglobulina, Calcitonina – cancer medular tiroidan, CA 125 – cancer ovarian/pancreatic, CA 15-3 – cancer mamar, CA 19-9 – cancer gastrointestinal/ovarian, CA 19-9 – cancer gastrointestinal/ovarian/tub digestiv (inclusiv din ser sau lichid de puncție), CA 242 – cancer gastric, CA 72-4 – cancer tract digestiv/ovar (inclusiv din ser sau lichid de puncție), CEA – cancer digestiv/mamar/ovarian/pulmonar, Cyfra 21-1 – cancer pulmonar/vezica urinară (inclusiv din ser sau lichid de puncție), PSA – antigen specific prostatic, PSA free.

   4.3. markeri virali și infecțioși: Antigen HBs - screening și cantitativ (Hepatita B), Anticorpi anti-HBs, Anticorpi virus hepatic A (IgM/IgG), Anticorpi anti-HCV (Hepatita C), Testare HIV (Virusul Imunodeficienței Umane), anticorpi anti-Borrelia burgdorferi (IgG și IgM), (Boala Lyme, transmisă de căpușe), Antigen Giardia.
5) **Investigații speciale, Microbiologie și Histopatologie:**

a) **analize de urină:** examen complet de urină, urocultură cu antibiogramă, după caz, în culturi pozitive, dozare proteine urinare, dozare glucoză urinară;
b) **examinari citologice, biologie moleculară și speciale:** secreție mamară citologie, secreție vaginală (examen citologic cervico-vaginal Babeș-Papanicolau în mediu lichid sau conventional), citodiagnostic lichid puncție, examen citotumoral, spermogramă, Genotipare HPV, Calprotectină fecală, Vitamina B12, 25-OH Vitamina D, acid folic, feritină;
c) **examen materii fecale:** examen coproparazitologic, coprocultura cu antibiograma, dupa caz, în culturi pozitive, depistare hemoragii oculte (hemocult);
d) **examen din secreții vaginale și col uterin:** examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană cu antibiogramă, după caz, cultură și identificare fungică + antifungigrama, după caz;

e) **examen din secreţii uretrale:** examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană, cu antibiogramă, după caz, cultura si identificare fungică, antifungigrama, după caz;

f) **examen exudat faringian (bacteriologic şi fungic):** examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană + antibiogramă, după caz, precum şi cultură şi identificare fungică + antifungigramă, după caz;

g) **examen din secreţii nazale, spută, secreţii otice**: examen microscopic nativ şi colorat, cultură si identificare bacteriană, antibiogramă, după caz, cultură şi identificare fungică, antifungigrama, după caz;

h) **examen din secreţii conjunctivale**: examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană,antibiogramă, după caz, cultură şi identificare fungică, antifungigrama, după caz;

i) **examen lichide de puncţie:** examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană (germeni aerobi şi anaerobi) cu antibiogramă, după caz, cultură şi identificare fungică cu antifungigramă, după caz.

II. Investigaţii imagistice, radiologice şi explorări funcţionale

a) Regim de acordare:

Serviciile medicale vor fi acoperite ori de cate ori este nevoie, în caz de necesitate medicală, pe baza recomandării scrise a medicului de specialitate (cerinţă minimă) emise în cadrul unei consultaţii acoperite de contract, fără limită de accesări. Această acoperire include în mod expres şi repetarea analizelor de laborator în vederea monitorizării sau evaluării evoluţiei parametrilor, dupa efectuarea tratamentului indicat de medic.

b) Regim de decontare:

Acoperire în limita sumei de **2.000 lei/ an contractual/ asigurat**, valabil cumulat pentru utilizarea în reţea şi/sau în afara acesteia.

c) Lista minimă de investigaţii imagistice, radiologice şi explorări funcţionale solicitate:

1. **Explorări funcţionale şi endoscopice cu rol diagnostic:**

   1.1. Explorări funcţionale: Teste alergologice standard cutanate, electrocardiogramă (EKG), electroencefalografie (EEG) standard sau cu probe de stimulare, audiometrie, spirometrie standard, endoscopie ORL, oscilometrie, monitorizare Holter TA, monitorizare Holter EKG continuu şi electromiografie (EMG).

   1.2. Explorări endoscopice: Endoscopie digestivă superioară (esofagoduodenoscopie), colonoscopie diagnostică, rectosigmoidoscopie (cu fibră optică) şi bronhoscopie. Toate aceste intervenţii sunt efectuate în scop de diagnosticare cu anestezie locală, după caz.

2. **Radiologie şi imagistică medicală standard (ultrasonografie şi radiologie):**

   2.1. Ecografii (Ultrasonografie): Investigaţii cu ultrasunete 2D, 3D sau 4D şi Doppler de orice tip. Include: ecografie abdominală totală sau de organe interne (ficat, pancreas, splină, rinichi, vezică urinară, aortă, ganglioni), ecografie de glande şi ţesuturi (tiroidă, sân), ecografie de aparat genital (prostată transrectală/abdominală, testicul, pelviană transabdominală şi endovaginală), ecografie cutanată/părţi moi, ecocardiografie cardiovasculară şi eco-Doppler vascular (arterial şi venos, inclusiv Doppler carotidian şi de membre inferioare/superioare);

   2.2. Radiologie standard şi digitală: Investigaţii radiologice simple sau digitale în două planuri pentru orice componentă a sistemului osos, membre, craniu, organe toracice şi abdominale, inclusiv interpretarea raportului medical aferent;

   2.3. Imagistică mamară standard: Mamografie clasică sau digitală bilaterală;

   2.4. Osteodensitometrie: Evaluare prin metoda DEXA (pentru determinarea densităţii osoase);

3. **Investigații imagistice avansate:**

3.1. Tomografie Computerizată: Investigații CT native sau cu substanță de contrast, efectuate pentru orice segment al corpului;

3.2. Rezonanță Magnetică (RMN): Investigații RMN native sau cu substanță de contrast, inclusiv Angio-RMN, pentru orice regiune anatomică;

3.3. Alte investigații speciale de înaltă performanță: Scintigrafie de orice tip, Angiografie neinvazivă (de tip Angio-CT) și Tomografie în Coerență Optică (OCT de nerv optic sau de mașulă).

III. Manevre/proceduri/vaccinări:

injectarea intramusculară, intravenoasă sau subcutanată a medicamentelor, montare/schimbare branulă, pansamente de orice tip, scoaterea firelor de sutură, precum și manoperă completă pentru administrarea oricărui tip de vaccin (fără a include contravaloarea dozei de vaccin/serului).

B3. Tratamente și proceduri, inclusiv chirurgicale, în ambulatoriu sau cu spitalizare de zi

a) Regim de acordare:

Serviciile medicale vor fi acoperite ori de câte ori este nevoie, în caz de necesitate medicală, pe baza recomandării scrise a medicului de specialitate (cerință minimă) fără limita de accesări.

b) Regim de decontare:

Acoperire în proporție de **100% prin decontare directă în rețeaua proprie și parteneră** (agreată) a Asigurătorului, respectiv prin rambursare în proporție de **100% din valoarea facturată, în cazul accesării oricărui alt furnizor de servicii medicale** din afara rețelei.

I. Proceduri, servicii și investigații solicitate (pe specialități) în ambulatoriu sau cu spitalizare de zi:

1. **Alergologie:** Teste alergologice standard cutanate (prick, patch, scratch, intradermice), spirometrie standard;
2. **Cardiologie:** EKG cu interpretare, oscilometrie, ecocardiografie cord (cu/fără Doppler), ecocardiografie vase periferice (artere și vene), EKG de efort, monitorizare Holter TA (tensiune arterială), monitorizare Holter EKG continuu, Oscilometrie;
3. **Dermatologie:** Ecografie de părți moi, recoltare produs patologic pentru biopsie cu anestezie locală, dermatoscopie clasică, crioterapie, examen și electrochirurgie/electrocauterizare (tumori cutanate cu aspect modificat și risc displazic în baza referatului medical);
4. **Diabet zaharat, nutriție, boli metabolice:** ecografie abdominală, recoltare produs patologic cu anestezie locală;
5. **Endocrinologie**: exoftalmometrie inclusiv stabilire criterii antropometrice, a curbelor de creștere, stabilire regim alimentar, ecografie de tiroidă/organ, eco-Doppler de vase tiroidiene;
6. **Gastroenterologie:** Endoscopie digestivă superioară diagnostică (esofag, stomac, duoden), colonoscopie diagnostic, rectosigmoidoscopie (fibră optică) diagnostică, extracție endoscopică corpi străini, recoltare produs patologic, cu anestezie locală, după caz;
7. **Neurologie:** electromiografia (EMG), electroencefalografie (standard sau cu probe de stimulare), ecografie Doppler carotidian, examen extracranian ultrasonografic al arterelor cervico-cerebrale carotide și vertebrale, examen Doppler cerebral-vase craniene și extracraniene;
8. **Nefrologie:** Examen electrocardiografic, (EKG), ecografie renală/tract urinar, recoltare produs patologic cu anestezie locală, după caz investigatie Doppler axe carotide și vertebrale;
9. **Oncologie**: endoscopie digestivă superioară diagnostică (esofag, stomac, duoden), recoltare produs patologic (biopsie) cu anestezie locală, ecografie de organ/țesuturi;
10. **Obstetrică-Ginecologie:** Recoltare și examen pentru test Papanicolau în mediu lichid sau convențional, recoltare și examen frotiu cervical, recoltare și examen secreție vaginală, scor ROMA, colposcopie, extracție corpi străini, recoltare produs patologic cu anestezie locală,

investigații ginecologice cu ultrasunete abdominală inferioară (ecografie pelviană transabdominală și endovaginală);

11. **Oftalmologie:** determinare acuitate vizuală și simț cromatic, examen fund de ochi (oftalmoscopie), examen pol anterior/posterior, biomicroscopie oculară, gonioscopie, determinarea câmpului vizual prin procedeul Goldmann, tonometrie (măsurarea tensiunii oculare), testul pentru lentile de contact prin Keratometrie, extracție corpi străini cu anestezie locală, examen în lumină difuză, Tomografie în Coerență Optică (OCT de nerv optic sau de mașulă);
12. **Otorinolaringologie (ORL):** Audiometrie tonală liminală, audiogramă, timpanometrie, stroboscopie, otomicroscopie, irigarea canalului auditiv, aspirație, dezinfecție auriculară, extracție dop cerumen, extracție corpi străini (nazali, faringieni, auriculari), prelevare de secreții, recoltare produs patologic, electrocauterizare mucoasă nazală cu anestezie locală, tamponament posterior și/sau anterior, aspirația și lavajul sinusului nazal prin puncție.
13. **Ortopedie traumatologie:** tratament ortopedic inclusiv montare/schimbare/îndepărtare aparat gipsat sau orteză, recoltare produs patologic pentru biopsie cu anestezie locală, ecografie articulară/musculo-scheletală, reducerea luxațiilor și entorselor, aplicarea și tratamentul de urgență al leziunilor aparatului locomotor;
14. **Pneumologie:** Spirometrie standard, bronhoscopie, peakflowmetrie, recoltare produs patologic pentru biopsie cu anestezie locală, spirometrie cu test farmacodinamic bronhomotor;
15. **Urologie:** Investigații cu ultrasunete ale prostatei cu sondă abdominală sau transrectală, ecografie de tract urinar, recoltare produs patologic pentru biopsie cu anestezie locală, urografie; manevre de urgență urologică în ambulatoriu (ex: montare/schimbare cateter urinar - sondă Foley
16. **Reumatologie:** recoltare produs patologic pentru biopsie cu anestezie locală, evaluare osteodensitometrie (DEXA);

II. Mică chirurgie (în Ambulatoriu de specialitate, cu sau fără spitalizare de zi)

a) Regim de acordare:

Aceste servicii se efectuează în regim de urgență sau la recomandarea scrisă a medicului de specialitate, în baza unei indicații clinice de tratament.

b) Regim de decontare:

Acoperire în limita sumei de **2.000 lei/ an contractual/ asigurat**, valabil cumulat pentru utilizarea în rețea și/sau în afara acesteia.

În plafon se includ costurile medicale și de spitalizare aferente efectuării strict a acelei proceduri, precum și costurile aferente manoperei medicale, anesteziei, materialelor sanitare, consumabilelor chirurgicale, manoperelor curente și tuturor substanțelor medicamentoase utilizate pe durata procedurii sau a spitalizării de zi.

c) Specialități și intervenții chirurgicale de mică chirurgie (cerință minimă):

1. Chirurgie generală:

Terapia chirurgicală a furunculului, furunculului antracoid, furunculozei; Terapia chirurgicală a abcesului (de părți moi, perianal, pilonidal); Terapia chirurgicală a panariției (eritematos, flictenular, periunghial, subunghial, antracoid, pulpar); Tratament chirurgical al flegmoanelor (indiferent de localizare); Terapia chirurgicală a hidrosadenitei; Tratamentul plăgilor și al hematomului superficial; Tratamentul chirurgical al chisturilor dermoide sebacee și al lipoamelor neinfectate; Terapia chirurgicală a flebopatiilor varicoase superficiale și ruptura de pachet varicos; Tratamentul supurațiilor postoperatorii;

2. Chirurgie plastică și microchirurgie reconstructivă:

Rezolvarea chirurgicală a colecțiilor purulente de pe piele; Rezolvarea chirurgicală a flegmaziei profunde a palmei; Rezolvarea plăgilor minore de suprafață sau profunzime ale pielii; Excizia tumorilor

de piele cu sutură primară; Excizie papilom, excizie cheloid și excizie lipom; Excizie nev pentru leziuni modificate cu anestezie locală; Excizie chist sebaceu și excizie chist sinovial; Îndepărtarea sau rezecția parțială a unghiei (cu anestezie locală) și intervenție pentru unghie încarnată.

3. **Otorinolaringologie (ORL):**

Tratament chirurgical pentru colecții ORL (sept, flegmon amigdalian și periamigdalian, furuncul de căi aeriene externe, furuncul vestibul nazal); Tratament chirurgical al traumatismelor ORL și sutură plagă simplă; Îngrijirea rănilor urechii externe; Tamponament posterior și/sau anterior; Oprirea hemoragiei nazale prin crioterapie, cauterizare sau diatermie, inclusiv cauterizare pată vasculară;

4. **Dermatologie Chirurgicală:**

Electrocauterizarea, electrochirurgia, crioterapia sau excizia leziunilor și tumorilor cutanate cu aspect modificat și risc displazic în baza referatului medical; Tratamentul chirurgical al leziunilor de piele.

5. **Oftalmologie:**

Tratamentul traumatismelor oftalmologice; Sutura unei plăgi de pleoapă sau conjunctivă; Tratamentul chirurgical al pterigionului și al orgeletului; Rezolvarea obstrucțiilor de căi lacrimale (incizia glandei lacrimale și a sacului lacrimal).

B4. Servicii medicale de recuperare și fizioterapie

a) **Regim de acordare**:

Serviciile se efectuează pe baza recomandării scrise, emise de un medic specialist în reabilitare medicală/ medicină fizică și balneologie, reumatologie, ortopedie-traumatologie sau neurologie, în baza unei indicații clinice cu scop curativ sau de recuperare post-traumatică ori post-operatorie.

b) **Regim de decontare:**

Acoperire **în limita sumei de 1.500 lei/ an contractual/ asigurat**, valabil cumulat pentru utilizarea în rețea și/sau în afara acesteia.

c) **Servicii incluse:**

Se solicită nominalizarea a 2 (două) proceduri medicale acoperite pentru o perioada de minim 12 (douăsprezece) zile/ an contractual/ angajat pentru următoarele tipuri de terapii de recuperare: kinetoterapie individuala, hidroterapie, termoterapie, electroterapie, terapie unde scurte pentru recuperare.

C. PACHET SCREENING - ACOPERIRE PENTRU SERVICII MEDICALE DE PREVENȚIE (Control medical anual de prevenție)

a) **Regim de acordare:**

Fiecare asigurat are dreptul, o dată pe an, la **o consultație de specialitate inițială, investigații clinice sau paraclinice**, precum **și controlul medical final** pentru interpretarea rezultatelor, accesul fiind direct la cerere, fără obligația prezentării unui bilet de trimitere sau a unei recomandări medicale prealabile.

b) **Regim de decontare:**

Acoperire în proporție de **100% prin decontare directă în rețeaua proprie și parteneră** (agreată) a Asigurătorului, respectiv prin rambursare în proporție de **100% din valoarea facturată, în cazul accesării oricărui alt furnizor de servicii medicale** din afara rețelei.

1. **Investigații și consultații generale (valabile pentru toți asigurații):**
   - Consultație inițială și control final de interpretare rezultate (Medicină Generală sau Medicină Internă);
   - **Analize de laborator:** Hemoleucogramă completă, glucoză serică, creatinină serică, uree serică, VSH, colesterol total seric, trigliceride serice, LDL colesterol, HDL colesterol, bilirubină totală, ALT/ALAT/TGP, AST/ASAT/TGO, electroforeză, fosfatază alcalină, sideremie, calciu total, magneziu, TSH, FT4, proteină C reactivă (PCR) și examen sumar de urină;
   - **Investigații paraclinice:** Ecografie abdominală completă, EKG (electrocardiogramă) de repaus.
2. **Profil Screening Feminin** (suplimentar, specific pentru asigurații de sex feminin):

Consultație inițială ginecologie, recoltare și analiză examen Babeș-Papanicolau (în mediu lichid sau convențional), ecografie bilaterală mamară și control de interpretare a rezultatelor.

3. **Profil Screening Masculin** (suplimentar, specific pentru asigurații de sex masculin)**:**

Consultație inițială urologie, analiză PSA total seric (inclusiv Free PSA, după caz, dacă valoarea PSA total este modificată) și control de interpretare a rezultatelor.

D. ALTE ACOPERIRI

Boli (afecțiuni) grave/critice

a) Regim de acordare și decontare:

Se va acorda indemnizația globală (valoarea totală a limitei asigurate stabilite în poliță) sub formă de plată fixă în contul asiguratului, pentru diagnosticarea inițială confirmată prin documente medicale de specialitate, a unei afecțiuni nou-apărute în timpul perioadei asigurate din categoria celor menționate mai jos. Valoarea minimă obligatorie a acestei indemnizații este de **8.000 lei/asigurat. Plata se va efectua integral**, fără aplicarea vreunei franșize sau perioade de așteptare.

Lista de afecțiuni grave/critice obligatorii (cerință minimă):

Oferta trebuie să acopere în mod obligatoriu următoarele afecțiuni de bază. Ofertele care omit oricare dintre aceste riscuri vor fi declarate neconforme și vor fi respinse:

1. Tumoră benignă pe creier;
2. By-pass coronarian;
3. Insuficiență renală cronică;
4. Cancer (tumori maligne invazive);
5. Transplant de organe majore;
6. Accident vascular cerebral (AVC);
7. Infarct miocardic acut.

b) Boli (afecțiuni) grave/critice ce pot fi acoperite suplimentar:

Ofertanții pot include în pachet acoperirea următoarelor afecțiuni: scleroză multiplă, boala Alzheimer, boala Parkinson, paralizie, pierderea vederii – cecitate, meningita bacteriană, coma, boala neuronului motor, cardiomiopatie primitivă, ciroza hepatică Child B si C, șoc septic, infectarea cu HIV din cauze profesionale sau în urma unei transfuzii de sânge, afecțiune hepatică în stadiu terminal, afecțiune pulmonară în stadiu terminal, anemie aplastică, arsuri majore, boala Crohn, distrofie musculară, encefalită, lupus eritematos sistemic, poliomielită, surditate completă și ireversibilă.

E. PACHET ONCOLOGIC

a) Regim de acordare:

Drepturile specifice acestui pachet se acordă în mod obligatoriu în cazul unui diagnostic oncologic (cancer/tumoră malignă) confirmat medical pe perioada de valabilitate a poliței, precum și pentru monitorizarea medicală specifică a asiguraților aflați în remisie medicală, indiferent dacă diagnosticul inițial este istoric (afecțiune oncologică preexistentă) sau a fost stabilit pe parcursul derulării contractului. În acest sens, vor fi acoperite în regim de spitalizare de zi (cu decontarea costurilor de cazare specifice) serviciile medicale active pentru tratamentul oncologic prin chimioterapie (inclusiv cea intravenoasă) și radioterapie, precum și terapia suportivă aferentă (medicamente antiemetice, analgezice și vitamine administrate pe durata ședințelor), în măsura în care acestea nu sunt acoperite sau cuprinse în programele naționale de sănătate.

b) Regim de decontare:

E.1. Servicii de spitalizare de zi și tratamente oncologice specifice (Chimioterapie și Radioterapie):

Vor fi acoperite serviciile pentru tratamentul oncologic (chimioterapie intravenoasă, radioterapie și terapie suportivă de vitamine antiemetice, analgezice), care nu sunt cuprinse în programele naționale - inclusiv decontarea cheltuielilor de cazare aferente spitalizării de zi.

E.2 Servicii de imagistică oncologică avansate

Investigații imagistice avansate RMN, CT, utilizate pentru localizarea, stadializarea sau urmărirea evoluției cazului. Acestea se accesează ori de cate ori este nevoie în caz de necesitate medicală exclusiv la recomandarea medicului specialist oncolog, in limita sumei asigurate de **2.500 lei/ an contractual/ asigurat.**

E.3. Analize de laborator

Vor fi acoperite servicii medicale de tip analize de laborator care nu sunt cuprinse în pachetul de bază (din clasa analizelor de genetică și toxicologie, marker tumorali, biomarkeri etc) în limita sumei **asigurate de 1.500 lei/ an contractual/ asigurat**.

E.4. Servicii de consultații specializate pentru a doua opinie medicală (Second Opinion - reevaluarea dosarului medical în clinici naționale sau internaționale)**, în limita sumei asigurate de 2000 lei/ an contractual/ asigurat;**

F. MONITORIZARE GRAVIDE

a) Regim de acordare:

Serviciile specifice monitorizării sarcinii se acordă pe baza recomandării medicului specialist obstetrică-ginecologie. Pachetul de bază include cel puţin următoarele investigaţii, structurate pe trimestre de sarcină:

Trimestrul I:

- consultatie obstetricală în evoluţia sarcinii – 1 consultaţie/trimestrul I;
- consultatie obstetricală de control – 1 consultatie/trimestrul I;
- ecografie obstetricală de confirmare sau ecografie de morfologie fetală trimestrul I – 1 ecografie/trimestrul I;
- pachet analize de laborator trimestrul I: hemoleucogramă, sideremie, examen complet de urină, grup sanguin şi RH, VDRL, urocultură, examen secreţie vaginală – 1/trimestrul I, citologie Babeş – Papanicolau în mediu lichid sau convenţional;

Trimestrul II:

- consultatie obstetricală în evolutia sarcinii – 1 consultatie/trimestrul II;
- consultatie obstetricală de control – 1 consultaţie/trimestrul II;
- ecografie de morfologie fetală trimestrul II– 1 ecografie/trimestrul II.

Trimestrul III:

- consultatie obstetricală în evolutia sarcinii – 1 consultatie/trimestrul III;
- consultatie obstetricală de control – 1 consultaţie/trimestrul III;
- pachet analize de laborator trimestrul III: hemoleucogramă, sideremie, examen complet de urină, urocultură, examen secreţie vaginală – 1/trimestrul III, Ecografie de morfologie fetală trimestrul III – 1/luna a 7-a.

b) Regim de decontare:

Decontarea costurilor medicale în proporție de **100% prin decontare directă în rețeaua proprie și parteneră** (agreată) a Asigurătorului, respectiv **prin rambursare în proporție de 100% din valoarea efectiv facturată și achitată de asigurat**, în cazul accesării **oricărui alt furnizor de servicii medicale** din afara rețelei.

IV. PLATA SERVICIILOR MEDICALE ASIGURATE

1) Regimul de decontare directă în rețea:

Pentru serviciile medicale accesate în **rețeaua proprie si reteaua parteneră**, plățile vor fi efectuate de Asigurător către furnizorii medicali respectivi, prin **decontare directă,** fără implicarea sau obligația asiguratului de a achita serviciile medicale primite. Sintagmele *„în rețea"*, *„în rețeaua proprie"* și *„în rețeaua parteneră"* se referă la toate unitățile medicale, (cum ar fi dar fără a se limita la: clinicile, laboratoarele, puncte de recoltare, spitalele, alte asemenea centre) deținute direct de către

Asigurător sau cu care acesta are încheiate contracte/acorduril/convenţii ori pe care le subcontractează:

2) Regimul de rambursare în afara reţelei:

În situaţia accesării serviciilor în unităţi medicale din afara reţelei proprii sau partenere a Asigurătorului, despăgubirea pentru costul serviciilor se va face în baza **dosarului de despăgubire ce conţine documentele justificative** menţionate la *Punctul 3 din prezentul capitol.*

Un dosar de despăgubire va fi întocmit şi în cazul în care asiguratul beneficiază de servicii medicale spitaliceşti în unităţi publice, iar în baza acestuia asiguratul va primi indemnizaţia de spitalizare conform pachetelor incluse în Asigurare.

3) Documente justificative pentru rambursare:

Pentru procesarea cererilor de rambursare (furnizori externi) sau pentru plata indemnizaţiilor zilnice aferente spitalizării în spitalele publice, asiguratul va transmite exclusiv setul de documente de bază stabilit conform procedurilor generale ale Asigurătorului, care va include:

- **a)** documentele fiscale: factură fiscală şi/sau chitanţă (dacă este cazul);
- **b)** documentele medicale care atestă efectuarea serviciului (scrisoare medicală, bilet de externare, decont de cheltuieli spitaliceşti sau rezultatul investigaţiilor), din care să rezulte numărul de zile de internare continuă;
- **c)** cerere de rambursare/despăgubire.

4) Transmiterea documentaţiei:

Pentru a asigura o procesare rapidă şi a simplifica procedurile de transmitere, Asigurătorul are obligaţia de a accepta transmiterea documentelor mai sus enunţate, de regulă în format electronic, prin intermediul unei aplicaţii mobile, platforme web dedicata sau prin e-mail, fără a condiţiona plata de transmiterea actelor în original prin poştă sau depunerea lor fizică.

5) Termenul maxim de analiză şi plată a cererilor

După depunere, Asigurătorul are obligaţia de a analiza documentatia şi de a solicita eventuale documente suplimentare, după caz**, în termen de maximum 10 zile lucrătoare** de la primirea acesteia.

În lipsa unei solicitări în termenul menţionat privind completarea documentaţiei iniţiale, dosarul va fi considerat complet, în vederea efectuării plăţii despăgubirii sau a indemnizaţiei de spitalizare.

Plata efectivă a despăgubirii sau a indemnizaţiei de spitalizare către asigurat se va realiza prin virament bancar în contul indicat de acesta, într-un termen de **maximum 30 zile calendaristice** de la data depunerii documentaţiei complete.

Ofertele cu termen de rambursare mai mare de 30 zile calendaristice de la data transmiterii/depunerii documentaţiei complete vor fi declarate neconforme.

6) Termenul limită pentru aprobări prealabile

Pentru toate **investigaţiile imagistice avansate** (RMN, CT, scintigrafii etc.) sau **intervenţii chirurgicale care necesită aprobare prealabilă**, Asigurătorul are obligaţia de a emite acordul de decontare sau refuzul motivat în scris in termen de **maximum 2 zile lucrătoare** (pentru cazurile medicale acute inclusiv traumatisme) şi de **maximum 5 zile lucrătoare** (pentru investigaţiile şi cazurile standard, programate), de la data trimiterii documentaţiei medicale complete de către asigurat.

În situaţia depăşirii acestor termene fără un răspuns oficial din partea Asigurătorului, asiguratul are dreptul de a efectua serviciul medical solicitat în regim de plată directă, Asigurătorul fiind obligat la rambursarea contravalorii facturii **cu o acoperire în proporţie de 100% din valoarea efectiv facturată şi fără aplicarea vreunei limitări bazate pe tarifele interne ale Asigurătorului**, în limita plafoanelor financiare stabilite în prezentul Caiet de Sarcini, în baza procedurii de decontare din prezentul contract, fără a mai putea invoca motive de neaprobare sau nejustificare medicală.

7) Dreptul de notificare în numele angajatului:

Achizitorul, prin responsabilul de contract, are dreptul deplin de a formula şi depune notificări în numele oricărui angajat asigurat, în cazul refuzului parţial sau total de decontare sau rambursare a unor servicii medicale de către Asigurător, iar acesta este obligat să accepte şi să analizeze notificările

transmise oficial. Termenul maxim în care reprezentantul Societății poate depune o notificare în numele angajatului **este de maxim 10 zile lucratoare de la data comunicării deciziei de respingere sau refuz a serviciului/decontarii/rambursării.** Asigurătorul are obligația de a transmite o rezoluție motivată în scris (pe e-mail sau prin platforma electronică dedicată), reprezentantului Achizitorului, într-un termen de maximum 10 zile lucrătoare de la primirea notificării.

V. CANALE DE ASISTENȚĂ ȘI GESTIONARE A SERVICIILOR – call center și acces digital

1. Disponibilitate și experiență:

Ofertantul trebuie să facă dovada existenței unui Call Center - dispecerat de asistență specializat în domeniul medical, destinat beneficiarilor de asigurări de sănătate ai asigurătorului.
Acest serviciu trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele cerințe pe toată durata derulării contractului:

a) vechime și continuitate: Să funcționeze neîntrerupt pe teritoriul României pentru o perioadă de minimum 24 de luni anterioară datei-limită de depunere a ofertelor;
b) disponibilitate: Să asigure asistență operațională în regim permanent (24/7), fără întreruperi, exclusiv în limba română;
c) trasabilitate și siguranță: Să asigure înregistrarea integrală a tuturor apelurilor telefonice efectuate de către asigurați, cu respectarea legislației privind protecția datelor cu caracter personal (GDPR).

2. Dimensionarea resurselor și asigurarea infrastructurii:

Ofertantul trebuie să garanteze o capacitate de personal și o infrastructură tehnică (comunicații, securitatea datelor și suport tehnologic) dimensionate optim, capabile să asigure realizarea neîntreruptă a activităților de dispecerat și asistență digitală pentru întregul volum de asigurați.

3. Identificarea securizată:

Identificarea asiguraților în sistem se va realiza rapid și securizat, în baza verificării, după caz, a uneia sau a mai multor informații: codul numeric personal (CNP), numele și prenumele, denumirea companiei. Această procedură se va desfășura cu respectarea strictă a legislației privind protecția datelor cu caracter personal (GDPR).

4. Servicii call center si/sau prin platforma digitală asociată (aplicație mobilă sau portal web), incluse:

Prin **serviciul de call center** și prin **platforma digitală asociată** (aplicație mobilă sau portal web) se va asigura :

a) **preluarea solicitărilor:** preluarea solicitărilor asiguraților și menținerea legăturii constante între aceștia, asigurător și furnizorii medicali;
b) **furnizarea de informații contractuale:** oferirea de detalii privind serviciile medicale acoperite, drepturile asiguraților și plafoanele disponibile;
c) **asistență privind rețeaua medicală:** informarea asiguraților cu privire la furnizorii din rețeaua proprie sau parteneră, adresele clinicilor, programul de lucru și specialitățile disponibile;
d) **programarea serviciilor:** efectuarea programărilor la medicii specialiști/primari cu transmiterea unei confirmări oficiale către asigurat (prin SMS sau e-mail) în maximum 24 de ore de la înregistrarea solicitării asiguratului;
e) **acces digital securizat:** asiguratul sa aiba acces la:
   - efectuarea de programări și solicitări online;
   - verificarea statusului cererilor de rambursare depuse;
   - vizualizarea istoricului utilizării plafoanelor financiare proprii și al solicitărilor aprobate/respinse;
   - vizualizarea documentelor medicale procesate.

5. Certificarea calității și logistica:

Garantarea calității dispeceratului: Ofertantul va face dovada că activitatea de Call Center este procedurată conform unui sistem de management al calității, prin prezentarea în cadrul ofertei tehnice a unei copii a certificatului valabil ISO 9001 (sau echivalent);

VI. IMPLEMENTARE

1. Programul de prezentare fizică în teritoriu:

Prezentarea serviciilor medicale acoperite și a beneficiilor, precum și a modului de accesare/utilizare a acestora se va face prin deplasări fizice la sediile S.S.H. Hidroserv S.A., (așa cum sunt prezentate în *Anexa 3*). Toate prezentările se vor finaliza **în termen de maximum 30 zile lucratoare** de la data semnării contractului de către ambele părți, în baza unui Program de prezentare/implementare care va fi anexat propunerii tehnice.

2. Logistica și materialele informative:

Asigurătorul va asigura integral pe cheltuiala sa deplasarea reprezentanților săi în toate sediile menționate (așa cum sunt prezentate în *Anexa 3*), precum și promovarea materialelor legate de asigurare (ghidul asigurare, procedura de accesare a serviciilor, lista serviciilor medicale etc). Pentru asigurarea unei informări eficiente, materialele vor fi puse la dispoziție în format electronic, și vor fi distribuite tuturor asiguraților.

Toate materialele informative vor include în mod obligatoriu, la loc vizibil, datele de contact (numărul de telefon al Call Center-ului, adresa de e-mail, aplicația mobilă sau platforma web etc) alocate.

3. Procedura de accesare și decontare a serviciilor

Prezentarea va detalia pașii clari ce trebuie urmați de către asigurați pentru accesarea și decontarea serviciilor medicale. Pentru claritate și o înțelegere cât mai bună a procesului de către asigurați, procedura de accesare a serviciilor va include exemple concrete și reprezentative privind situațiile uzuale, detaliind distinct fluxurile complete pentru:

a) accesarea serviciilor prin decontare directă în rețeaua proprie și parteneră (agreată) a Asigurătorului;
b) obținerea rambursării în cazul accesării oricărui alt furnizor de servicii medicale din afara rețelei.

4. Lista serviciilor medicale acoperite de polita

Lista completă și detaliată a tuturor serviciilor medicale acoperite de poliță (stabilita in conformitate cu *capitol III – Descrierea serviciilor medicale solicitate)*, agreată la momentul atribuirii, va deveni anexă la contract și va fi utilizată ca instrument de referință pe întreaga perioadă de derulare a acestuia. Asigurătorul are obligația de a menține neschimbate condițiile de acoperire, fiindu-i interzis să modifice, să restricționeze sau să restrângă serviciile și plafoanele menționate în listă pe parcursul întregii perioade de valabilitate a contractului.

VII. ACOPERIREA TERITORIALĂ CU REȚEAUA PARTENERĂ CU DECONTARE DIRECTĂ

1. Structura rețelei de furnizori:

Serviciile medicale incluse în poliţa de asigurare voluntară de sănătate vor fi furnizate prin:

a) reţeaua proprie de furnizori medicali a asiguratorului şi/sau reţeaua parteneră de furnizori medicali (agreaţi), precum şi
b) orice alt furnizor de servicii medicale din afara reţelei, cu condiţia aplicării procedurii de rambursare stabilită prin contract.

2. Acoperirea teritorială:

Asigurații au dreptul să beneficieze de serviciile medicale acoperite în contract la oricare furnizor medical autorizat la nivel național. Se urmărește asigurarea de condiții egale și nediscriminatorii pentru toți angajații, inclusiv a celor care au locul de muncă în localități mai mici sau îndepărtate, pentru un acces adecvat la serviciile medicale.

Serviciile medicale ofertate se solicită a fi acoperite obligatoriu in toate judeţele in care S.S.H. Hidroserv S.A. desfaşoară activităţi, respectiv: Alba, Argeş, Bacău, Bihor, Braşov, Cluj, Caraş-Severin, Gorj, Hunedoara, Mehedinţi, Neamţ, Olt, Vâlcea, precum si Mun. Bucureşti *(Anexa 3).*

Ofertantul trebuie să demonstreze că deţine o acoperire teritorială optimă prin reţeaua proprie de furnizori medicali şi/sau prin reţeaua parteneră de furnizori (agreaţi), la nivel naţional, îndeplinind următoarele cerinţe minime:

a) în următoarele localităţi (şi/sau în proximitatea acestora, la o distanţă de maxim 85 km), din judeţele unde S.S.H. Hidroserv S.A. îşi desfăşoară activitatea respectiv: **Alba Iulia, Bacău, Braşov, Deva, Cluj-Napoca, Târgu Jiu, Drobeta Turnu Severin, Oradea, Piatra Neamţ, Piteşti, Resiţa, Sibiu, Slatina, Râmnicu Vâlcea, minimum 10 (zece) furnizori de servicii medicale/localitate,** care să asigure în mod cumulat acoperirea integrală a pachetelor de servicii solicitate.
b) în următoarele localităţi (şi/sau în proximitatea acestora, la o distanta de maxim 85 km), din judeţele în care S.S.H. Hidroserv S.A. îşi desfăşoară activitatea, respectiv: **Hateg, Sebeş, Făgăraş, Caransebeş, Curtea de Argeş, Câmpulung, minimum 3 (trei) furnizori medicali/localitate,** care să asigure în mod cumulat acoperirea integrală a pachetelor de servicii solicitate.
c) **în Municipiul Bucuresti, minimum 25 (douăzeci) furnizori de servicii medicale.**

3. cerinţe minime privind reţeaua de spitale private cu decontare directă:

Pentru pachetul de servicii spitaliceşti şi chirurgicale, Ofertantul va asigura accesul în spitale private autorizate din reţeaua proprie sau din reţeaua parteneră (agreată), structurate pe niveluri de servicii şi complexitate, conform legislatiei specifice aplicabile, astfel:

a) pentru **afecţiuni/intervenţii cu grad înalt de complexitate - minim 1 (un) spital privat in ţară;**
b) pentru **afecţiuni/intervenţii cu grad mediu de complexitate**: în **Bucureşti minimum 2 (două) spitale private**, iar **în ţară minimum 2 (doua) spitale private;**
c) pentru **afecţiuni/intervenţii cu grad mic de complexitate:** in **Bucureşti minim 4 (patru) spitale private**, in **ţară minimum 7 (şapte) spitale private**;
d) pentru **servicii medicale cu competenţă limitată**: in Bucureşti **minimum 5 (cinci) spitale private**, iar in ţară **minimum 10 (zece) spitale private**.

VIII. PERIOADA DE RAMBURSARE

Termenul maxim de plată:

Pentru serviciile medicale achitate direct de către asigurat în afara reţelei proprii sau partenere, rambursarea cheltuielilor (efectuată conform procentelor, regulilor şi în limita plafoanelor stabilite în prezentul Caiet de Sarcini) ori plata indemnizaţiilor specifice se va efectua în contul bancar al asiguratului în termenul de **maxim 30 de zile calendaristice** (stabilit la *capitolul IV - Plata serviciilor medicale asigurate, punctul 5),* calculat de la data transmiterii documentaţiei complete în format electronic. Ofertele cu termen de rambursare mai mare de 30 de zile calendaristice de la data transmiterii documentaţiei complete vor fi declarate neconforme.

IX. REGIMUL FINANCIAR, FACTURAREA ŞI MIŞCĂRILE DE PERSONAL

1. Moneda ofertei şi decontarea valutară:

Prima de asigurare va fi ofertată în Euro. Factura şi decontul lunar de plată vor fi emise obligatoriu în lei, utilizând rata oficială de schimb valutar publicată de BNR, valabilă la data emiterii facturii.

2. Transmiterea listei nominale iniţiale

In termen de 5 (cinci) zile de la data semnarii contractului, S.S.H. Hidroserv S.A. va transmite lista nominală a tuturor angajaţilor activi în vederea cuprinderii iniţiale în asigurare şi a emiterii poliţei colective.

3. **Calendarul de raportare și actualizare a listelor:**

Ulterior, gestionarea mișcărilor de personal se va realiza prin raportarea centralizată transmisă de Achizitor în **ultima zi lucrătoare a fiecărei luni**. Raportarea va include modificările privind intrările (salariați noi), ieșirile (salariați plecați) și numărul total de asigurați. Această transmitere reprezintă notificarea oficială și suficientă, Achizitorul neavând obligația de a raporta modificările în timp real.

4. **Regimul salariaților plecați (încetare CIM):**

Prima de asigurare se datorează și se achită integral pentru întreaga lună în care salariatul a fost activ. Salariatul al cărui contract individual de muncă încetează în cursul unei luni va beneficia în mod obligatoriu de asigurare și de acces deplin la toate serviciile medicale acoperite (în rețea și în afara acesteia) până în ultima zi calendaristică a lunii în care a intervenit încetarea CIM.

5. **Mecanismul de facturare și termenele de plată:**

a) facturarea inițială: dupa intrarea în vigoare a contractului, Asigurătorul va emite polița colectivă și factura pentru prima lună de asigurare, calculată pe baza listei nominale inițiale transmise de către Achizitor.

b) facturarea lunară curentă: începând cu a doua lună, facturarea se va efectua lunar de către Asigurător, pe baza numărului efectiv de asigurați rezultați în urma raportărilor de personal.

c) termenul de plată lunar: achizitorul va efectua plata fiecărei facturi lunare (inclusiv a celei inițiale) în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data primirii acesteia în Spatiul Privat Virtual.

6. **Documente justificative obligatorii și suspendarea termenului de plată:**

Fiecare factură sau decont lunar emis de Asigurător va fi însoțit, în mod obligatoriu, de lista nominală actualizată a persoanelor asigurate acoperite de poliță pentru perioada facturată. **Netransmiterea acestei liste sau transmiterea ei cu erori suspendă de drept termenul de plată de 30 de zile, până la remedierea situației de către Asigurător**, fără ca Achizitorul să poată fi considerat în întârziere sau să i se poată aplica penalități. Copia poliței colective se va transmite doar la emiterea inițială a contractului.

7. **Operarea modificărilor și dezactivarea din sistem**

Asigurătorul are obligația de a opera modificările în sistem în termen de maximum 2 (două) zile lucrătoare de la primirea raportării. În conformitate cu regula menținerii drepturilor pe parcursul lunii active, persoanele al căror CIM a încetat vor fi dezactivate din sistemul Asigurătorului începând cu prima zi a lunii următoare transmiterii raportării.

8. **Regularizarea financiară**

Regularizarea sumelor aferente mișcărilor de personal (prime de asigurare calculate Pro-Rata pentru salariații noi intrați în cursul lunii precedente sau alte ajustări aprobate) se va reflecta direct în decontul/factura lunii următoare celei în care se face raportarea.

9. **Formula de calcul a plății:**

Plata contractului se va face lunar, în Lei, utilizând rata oficială de schimb valutar publicată de BNR la data emiterii facturii, conform următoarei formule:

Total Prima de asigurare lunara de plata = Nasig* Pi / 12

unde:

- ✓ *Nasig = numărul total de asigurați angajați sau existenți în luna precedentă și notificați prin raportarea lunară.*
- ✓ *Pi = prima de asigurare anuală per asigurat, exprimată în Euro și convertită în Lei la cursul oficial BNR de la data facturării.*

X. DURATA, DERULAREA CONTRACTULUI

1. **Locul desfășurării activităților**

Serviciile medicale cuprinse în pachetul de asigurare voluntară de sănătate, stabilite conform cerințelor din prezentul Caiet de Sarcini, vor fi puse la dispoziția asiguraților, astfel:

a) prin acces direct, în cadrul rețelei proprii de furnizori medicali a asigurătorului, în rețeaua parteneră de furnizori (agreați) de asigurător, precum și în unitățile medicale din afara rețelei;
b) prin canale de acces la distanță, utilizând sistemul de Call Center - dispecerat medical, platforma digitală asociată (aplicație mobilă sau portal web), email.

2. Durata contractului şi emiterii poliţei

Contractul de achiziție se va încheia pentru o perioadă de 12 luni cu un singur contractant, societate de asigurări autorizată conform legislației în vigoare pentru emiterea de polițe de sănătate care va emite o Poliță de asigurare de grup cu o durată de 12 luni, cu intrare în vigoare începând cu data de 1 a lunii următoare celei în care s-a semnat contractul.

3. Obligațiile post-valabilitate și daunele deschise

Orice solicitare de decontare sau rambursare pentru un risc produs până în ultima zi de valabilitate a poliței de asigurare obligă Asigurătorul să continue toate obligatiile contractuale și financiare până la soluționarea definitivă și plata integrală, conform condiţiilor și termenelor stabilite. Această obligație rămâne în vigoare indiferent dacă serviciile au fost accesate în rețea sau în afara acesteia și chiar dacă procesarea efectivă ori plata au loc ulterior datei de încetare a contractului.

XI. MANAGEMENTUL CONTRACTULUI, OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR ȘI GDPR.

1. Responsabilii de contract și gestionarea relației:

Nominalizarea responsabililor: Pentru asigurarea unei comunicări operative și eficiente pe întreaga durată de derulare a contractului, atât Achizitorul, cât și Ofertantul câștigător vor desemna în mod obligatoriu câte o persoană în rolul de responsabil de contract.

Gestionarea relației: Gestionarea relației curente și administrative dintre Asigurator și Achizitor se va realiza exclusiv prin intermediul Responsabililor de Contract, aceștia urmând să fie nominalizați, fie în cuprinsul contractului, fie ulterior prin notificari oficiale scrise între părți.

2. Atribuțiile, responsabilitățile și obligațiile Achizitorul:

a) să plătească prima de asigurare datorată Asigurătorului pentru toți salariații asigurați, în condițiile financiare stabilite prin contract;
b) să actualizeze și să transmită oficial către Asigurător lista persoanelor cuprinse în asigurare (nume, prenume, CNP, data de intrare/încetare), aceasta fiind modalitatea de raportare.

3. Atribuțiile, responsabilitățile și obligațiile Asigurătorului:

a) la producerea riscului asigurat (boală sau accident) și accesarea serviciilor medicale acoperite (în rețeaua proprie, în rețeaua parteneră sau în afara rețelei), **să plătească direct furnizorilor medicali sau asiguratului**, după caz, despăgubirea ori indemnizația cuvenită, în limitele și sumele asigurate și la termenele convenite;
b) să prezinte **lista detaliată** *(Anexa 5a, 5b, 5c)* **a tuturor furnizorilor de servicii medicale din rețeaua proprie și parteneră** (agreată), ce va conține: județ, localitate, denumire furnizor, adresa, tip unitate medicală (punct de recoltare, cabinet medical, clinică, spital), tip servicii medicale și specialități acoperite. În ceea ce privește rețeaua de spitale private cu decontare directă, lista va fi structurată în mod obligatoriu pe cele 4 niveluri de servicii și complexitate stabilite la *capitolul VII - Acoperirea teritorială cu rețeaua parteneră cu decontare directă* (grad înalt, grad mediu, grad mic și regim de spitalizare de zi), pentru a demonstra îndeplinirea întocmai a cerințelor minime solicitate;
c) **să comunice Achizitorului orice modificare a rețelei asumate prin ofertă** (retragerea sau adăugarea de noi clinici, laboratoare ori spitale partenere) în primele 5 zile lucrătoare ale lunii următoare celei în care s-au produs modificările, acestea fiind permise fără a diminua acoperirea numerică și geografică asumată în propunerea tehnică;
d) **să depună o declarație pe propria răspundere**, sub sancțiunea de fals în declarații, prin care sa confirme:

- existența și valabilitatea contractelor, acordurilor și/sau convențiilor încheiate cu furnizorii de servicii medicale incluși în rețeaua asumată prin propunerea tehnică, în baza cărora se asigură accesul persoanelor asigurate la toate serviciile medicale acoperite prin sistemul de decontare directă;
- deținerea de către unitățile medicale din rețeaua proprie, precum și de către furnizorii de servicii medicale parteneri, a tuturor autorizațiilor, avizelor și/sau a altor documente necesare, potrivit dispozițiilor legale aplicabile, pentru desfășurarea activităților medicale și prestarea serviciilor medicale acoperite prin Contract și Polița de asigurare;
- îndeplinirea de către personalul medical implicat în prestarea serviciilor medicale acoperite a tuturor condițiilor legale privind dreptul de exercitare a profesiei, inclusiv deținerea documentelor și avizelor valabile, potrivit dispozițiilor legale aplicabile.

e) **să asigure funcționarea dispeceratului medical de asistență** (Call Center) și identificarea asiguraților în baza a uneia sau a mai multor informații: codul numeric personal (CNP), numele și prenumele, denumirea companiei, cu respectarea întocmai a tuturor cerințelor de organizare conform Caietului de Sarcini.

f) **să pună la dispoziția asiguraților platforma digitală asociată** (aplicație mobilă sau portal web) și/sau **o adresă de e-mail** dedicată, pentru transmiterea online a documentației pentru rambursare. Data transmiterii electronice a e-mailului sau a înregistrării în aplicație reprezintă data oficială a depunerii dosarului.

g) **să desemneze un responsabil de contract** (Account Manager) dedicat Achizitorului, care va asigura comunicarea permanentă cu acesta și/sau cu persoanle asigurate, va primi, va gestiona și va urmări soluționarea cu operativitate a tuturor solicitărilor formulate de Contractant și/sau persoanele asigurate în legătură cu executarea Contractului.

4. Raportarea periodică a statisticilor medicale:

a) **transmiterea rapoartelor:** Asigurătorul **va transmite trimestrial** în primele 5 zile lucrătoare ale lunii următoare trimestrului pentru care se face raportarea către Achizitor un raport consolidat care cuprinde informații statistice privind, dar fără a se limita la: numărul de accesări pe categorii de servicii, pe categorii de specialități medicale, rata daunalității globale, precum și statistici și motivări clare privind eventualele refuzuri de plată a daunelor.

b) **anonimizarea datelor:** Aceste raportări vor cuprinde exclusiv informații și indicatori statistici și nu vor include, sub nicio formă, date cu caracter personal sau detalii medicale individuale ale asiguraților, respectând strict legislația GDPR în vigoare și garantându-se anonimizarea totală a stării de sănătate a salariaților.

5. Garantarea confidențialității și protecției datelor (GDPR):

În vederea garantării confidențialității și protecției datelor cu caracter personal ale angajaților asigurați („persoane vizate"), Părțile (în calitate de Operatori de date) se obligă la:

a) respectarea în totalitate a prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 (GDPR);
b) deținerea unei politici interne stricte de prelucrare a datelor cu caracter personal, în special a celor cu caracter special (diagnostice medicale, istoric clinic, tratamente);
c) semnarea, odată cu contractul principal, a unui Acord de prelucrare a datelor cu caracter personal (DPA) obligatoriu, care va detalia responsabilitățile fiecărui operator;
d) contractantul va pune la dispoziția Achizitorului dovada oficială a numirii unui Responsabil cu Protecția Datelor (DPO), inclusiv datele de contact ale acestuia;
e) contractantul se obligă să garanteze securitatea absolută a tuturor apelurilor înregistrate în Call Center și a bazelor de date, interzicând accesul persoanelor neautorizate;

Toate raportările transmise către Achizitor se vor supune regulilor de anonimizare absolută stabilite în prezentul capitol, la punctul 4 litera b), excluzând riscul identificării directe sau indirecte a stării de sănătate a unui salariat.

XII. CONDIȚIILE DE LICITAȚIE, CADRUL LEGAL ȘI DISPOZIȚII FINALE

1. Condiții de eligibilitate și calificare a ofertanților

Pentru ca oferta tehnică și financiară să fie luată în considerare, Ofertantul trebuie să îndeplinească în mod obligatoriu următoarele condiții la data depunerii ofertei:

a) **Autorizarea ASF:**

Ofertantul trebuie să dețină/ o Autorizație de funcționare valabilă, emisă de Autoritatea de Supraveghere Financiară (ASF) din România, care să îi permită în mod expres emiterea de polițe pentru clasa asigurărilor voluntare de sănătate.

b) **Certificatul ONRC:**

Ofertantul are obligația de a prezenta un Certificat Constatator extins, emis de Oficiul Național al Registrului Comerțului (ONRC), care să ateste starea actuală a societății, inclusiv faptul că nu se află în stare de faliment, lichidare, dizolvare sau reorganizare judiciară. Acest document trebuie să fie **emis cu maximum 30 de zile calendaristice înainte de data limită** stabilită pentru depunerea ofertelor.

2. Modul de Prezentare a ofertei tehnice

Oferta tehnică va include toate elementele solicitate, fără omisiuni, confirmând asumarea integrală a cerințelor prezentului Caiet de Sarcini. Ofertantul va prezenta în cadrul propunerii tehnice în mod explicit următoarele documente și informații:

a) **Prezentarea detaliată a pachetelor de servicii și ghidul informativ/catalogul de servicii acoperite:**

Propunerea tehnică va include descrierea amănunțită a tuturor serviciilor medicale oferite, **în cele mai mici amănunte, astfel încât să se evite orice interpretări greșite sau confuzii pe toată perioada de derulare a contractului și să nu creeze deservicii sau să aducă pagube asiguratului. În scopul informării corecte a salariaților**, ofertantul va prezenta un **ghid informativ/catalog de servicii** redactat într-un limbaj clar, accesibil pentru personalul non-medical. Acesta va fi structurat pe categorii distincte de specialități medicale și va servi ca instrument de orientare pentru asigurați în utilizarea curentă a poliței.

b) **Corelarea cu tabelele tehnice:**

În ceea ce privește serviciile și acoperirile solicitate, propunerea tehnică va avea în vedere următoarele cerințe specifice de prezentare a ofertei:

Pachete	Acoperiri	Cerințe de prezentare a ofertei
A. Pachet Spitalizare	**A.1. Serviciile medicale efectuate în spitale private pe durata spitalizării asiguratului, într-o unitate medicală autorizată**	Se va indica valoarea limitei asigurate (o singură limită, care să acopere toate serviciile din acest pachet A1) exprimată în lei/ an contractual/ asigurat. Se va prezenta lista limitativa a excluderilor.
	A.2. Spitalizare în spitale publice	Se vor indica: - valoarea indemnizației zilnice exprimată în lei/zi, - numarul maxim de zile pentru care aceasta indemnizație va fi acoperită în perioada de asigurare.
B. Pachet Ambulatoriu	**B.1. Consultații medicale de specialitate**	Se va prezenta o listă detaliată cu fiecare specialitate medicală acoperită.

	B.2. Analize de laborator, investigaţii medicale şi explorări funcţionale, imagistică	Oferta va menţiona explicit acoperirea serviciilor minim solicitate de tip: - analize de laborator; - investigaţii imagistice, radiologie, explorări funcţionale; - manevre/ proceduri/ vaccinări. Nu se acceptă limitari aplicabile referitoare la numărul de accesări, eventuale franşize/ coplăţi, limitări valorice cu excepţia limitei valorice solicitate în caiet.
	B.3. Tratamente şi proceduri, inclusiv chirurgicale, în ambulatoriu	Oferta va menţiona explicit acoperirea serviciilor minim solicitate privind proceduri terapeutice si mica chirurgie aferente tuturor specialităţilor medicale ofertate. Nu se acceptă limitari aplicabile referitoare la numarul de accesări, eventuale franşize/ coplăţi, limitări valorice cu excepţia limitei valorice solicitate în caiet.
	B.4. Servicii medicale de recuperare şi fizioterapie	Oferta va menţiona explicit acoperirea serviciilor minim solicitate de tip recuperare şi fizioterapie: kinetoterapie individuală, hidroterapie, termoterapie, electroterapie, terapie unde scurte pentru recuperare.
C. Pachet Screening	**Control medical anual de prevenţie**	Oferta va menţiona explicit acoperirea serviciilor minim solicitate.
D. Alte acoperiri	**Boli (afecţiuni) grave/critice**	Se va indica lista detaliată cu fiecare boala gravă/ afecţiune critică acoperită. Se va indica valoarea indemnizaţiei exprimată în lei/ an contractual/ asigurat.
E. Pachet oncologic	**E1. Spitalizare de zi în ambulatoriu pentru tratamentul oncologic**	Se vor indica: - valoarea indemnizaţiei zilnice exprimată în lei/zi, - numărul maxim de zile de spitalizare.
	E.2 Servicii de imagistică oncologică de înaltă performanţă	Se va indica valoarea limitei asigurate.
	E3. Analiza de laborator	Se va indica valoarea limitei asigurate.
F. Monitorizare gravide	**Monitorizare gravide**	Oferta va menţiona explicit acoperirea serviciilor minim solicitate.

c) **Procedura şi fluxul operaţional de accesare:**

Ofertantul va transmite Procedura de accesare a serviciilor, în care să fie detaliate etapele de urmat de către asiguraţi pentru accesarea şi decontarea serviciilor, procedura ce va include şi exemple concrete şi reprezentative privind situaţii uzuale de accesare a serviciilor medicale.

d) **Programul de implementare:**

Ofertantul va transmite propunerea Programului de prezentare şi implementare a beneficiilor medicale în teritoriu, aferent cerinţelor şi deplasărilor fizice stabilite la *capitolul VI - Implementare.*

e) **Documentele doveditoare pentru Call Center:**

Pentru îndeplinirea cerinţelor tehnice privind **dispeceratul medical şi platformele digitale**, stabilite la *capitolul V - Canale de asistenţă şi gestionare a serviciilor – call center şi acces digital*, Ofertantul va include în oferta tehnică o Declaraţie pe propria răspundere, semnată de reprezentantul legal al Ofertantului, care să ateste existenţa serviciului de dispecerat medical (Call Center) funcţional 24/7, precum şi a soluţiilor de acces digital, aplicaţie mobilă şi/sau portal web master complet operaţionale. Acestea trebuie să fie dimensionate optim pentru volumul de asiguraţi şi dotate cu infrastructura tehnologică necesară îndeplinirii tuturor indicatorilor de calitate solicitaţi.

f) **Documentele doveditoare pentru acoperirea teritorială:**

În vederea confirmării infrastructurii medicale solicitate, stabilite la *capitolul VII - Acoperirea teritorială cu reţeaua parteneră cu decontare directă*, Ofertantul va anexa:

- ✓ **Lista detaliată a furnizorilor de servicii medicale din rețeaua proprie și parteneră** (conform *Anexelor 5a, 5b, 5c*). Lista va fi **structurată obligatoriu** pe: județ, localitate, denumire furnizor, adresă, tip unitate (punct de recoltare, cabinet, clinică, spital), tip servicii și specialități acoperite, iar in ceea ce privește spitalele private, lista va fi structurată pe cele 4 niveluri de complexitate solicitate. La aceeași adresa nu se accepta mai multe puncte de lucru ale aceluiași furnizor medical indiferent de denumirile comerciale ale furnizorului. Nerespectarea formatului anexelor atrage respingerea ofertei;
- ✓ **Declarația pe propria răspundere,** sub sancțiunea de fals în declarații, privind existența contractelor/acordurilor/convențiilor active pentru toate prestațiile prin decontare directă, valabilă atât pentru unitățile medicale din rețeaua proprie, cât și pentru furnizorii parteneri agreați, în modalitatea solicitată, care să garanteze existența autorizațiilor de funcționare valabile ale unitățile medicale și ale personalului medical direct implicat.

3. Prezentarea ofertei financiare

Propunerea financiară va include valoarea primei de asigurare/asigurat/an, exprimată în **Euro**. De asemenea, oferta va include valoarea totală anuala a primei de asigurare per contract, exprimată tot în **Euro**, calculată matematic pentru **numărul estimat de 1.289 de asigurați**.

Valoarea totală a primei de asigurare anuale, exprimată în Euro (calculată pentru valoarea de 1.289 de salariati), reprezintă factorul de evaluare în funcție de care se calculează punctajul financiar al ofertei. Oferta financiară va fi fermă și neschimbată, iar prima de asigurare / asigurat / an în Euro va rămâne fixă pe toată durata celor 12 (douăsprezece) luni pentru care se încheie contractul.

4. Metodologia de evaluare a Ofertelor prezentate

Criteriul de atribuire a contractului: Atribuirea contractului se va face în baza criteriului **„Cel mai bun raport calitate - preț"**

Algoritmul de calcul al punctajului total: Punctajul total (P) obținut de fiecare ofertant se calculează ca sumă între punctajul tehnic și cel financiar, conform următoarei formule:

Punctaj total:

Punctajul total $P = P_{teh} + P_{fin}$

unde: P_{teh} *reprezinta punctajul tehnic,*

P_{fin} *reprezinta punctajul financiar.*

Punctajul maxim disponibil este 100 puncte, din care componenta tehnică maxim 80 puncte, iar componenta financiară maxim 20 puncte.

Criterii de evaluare: conform ***Anexa 4.***

5. Executarea garanției:

Nerespectarea obligațiilor asumate sau prestarea în mod necorespunzător ori cu întârziere de către Asigurător a serviciilor medicale și administrative conform prezentului Caiet de Sarcini îndreptățește Achizitorul să execute parțial sau total garanția de bună execuție pentru acoperirea eventualelor prejudicii cauzate, precum și să procedeze la rezilierea unilaterală a contratului în condițiile stabilite între părți.

6. Finalizarea serviciilor:

Achizitorul va considera serviciile din cadrul contractului oficial finalizate în momentul în care perioada de valabilitate a contractului a expirat, iar toate obligațiile administrative și plățile tuturor dosarelor de daună deschise au fost integral stinse de către Asigurător.

XIII. Anexe

Anexa 1 – Structura de personal a S.S.H. Hidroserv S.A. pe grupe de vârstă și gen

Anexa 2 – Distribuția geografică a personalului S.S.H. Hidroserv S.A.

Anexa 3 – Lista sediilor S.S.H. Hidroserv S.A.

Anexa 4 – Factori de evaluare pentru criteriul de atribuire „cel mai bun raport calitate-preț"

Anexa 5 (a, b, c) - Rețeaua parteneră

Anexa 1 – Structura de personal a S.S.H. Hidroserv S.A. pe grupe de vârstă și gen

Structura personalului Hidroserv la 30.07.2026	
Vârsta	**Total**
18-25	**26**
Bărbat	26
Femeie	0
26-30	**62**
Bărbat	52
Femeie	10
31-35	**71**
Bărbat	62
Femeie	9
36-40	**114**
Bărbat	101
Femeie	13
41-45	**127**
Bărbat	104
Femeie	23
46-50	**197**
Bărbat	174
Femeie	23
51-55	**238**
Bărbat	217
Femeie	21
56-60	**350**
Bărbat	308
Femeie	42
61-63	**56**
Bărbat	48
Femeie	8
>64	**19**
Bărbat	17
Femeie	2
Total	**1260**

Anexa 2

Distribuția geografică a personalului S.S.H. Hidroserv S.A.

Județ de domiciliu	Număr total salariați	Femei	Bărbați
Alba	83	9	74
Argeș	139	13	126
Bacău	44	1	43
Bihor	57	3	54
Brașov	18	1	17
Brăila	1	0	1
Bucureşti	38	23	15
Caraş-Severin	21	1	20
Cluj	79	13	66
Dolj	1	0	1
Galaţi	1	0	1
Giurgiu	1	1	0
Gorj	46	2	44
Hunedoara	96	12	84
Ilfov	7	6	1
Maramureş	1	0	1
Mehedinţi	233	23	210
Mureş	1	0	1
Neamţ	132	18	114
Olt	91	4	87
Sălaj	1	0	1
Suceava	1	1	0
Timiş	1	0	1
Vâlcea	166	20	146
Vrancea	1	0	1
Total	**1260**	**151**	**1109**

Anexa 3

Lista sediilor S.S.H. Hidroserv S.A.

Nr. crt.	Sedii Executiv/SSRH	Adresa
1	S.S.R.H. Bistrița	Mun. Piatra Neamț, Judetul Neamt
2	S.S.R.H. Bistrița	Sat Stejaru, com. Pângărați, FN, Judetul Neamt
3	S.S.R.H. Bistrița	Sat Lilieci, com. Hemeiuș, FN, Judetul Neamt
4	S.S.R.H. Cluj	Mun. Cluj-Napoca, Judetul Cluj
5	S.S.R.H. Cluj	Sat Remeți, com. Bulz, FN, Judetul Bihor
6	S.S.R.H. Curtea de Argeș	Mun. Curtea de Argeș, Judetul Arges
7	S.S.R.H. Curtea de Argeș	Mun. Câmpulung, Judetul Arges
8	S.S.R.H. Curtea de Argeș	sat Căpățânenii Pământeni, com. Arefu, Judetul Arges
9	S.S.R.H. Hațeg	Mun. Hațeg, Judetul Hunedoara
10	S.S.R.H. Hațeg	Mun. Caransebeș, Judetul Caras-Severin
11	S.S.R.H. Porțile de Fier	Mun. Drobeta-Turnu Severin, Judetul Mehedinți
12	S.S.R.H. Porțile de Fier	Sat Ostrovu Mare, com. Gogoșu, FN, Judetul Mehedinți
13	S.S.R.H. Porțile de Fier	Mun. Târgu Jiu, Județul Gorj
14	S.S.R.H. Râmnicu Vâlcea	Mun. Râmnicu Vâlcea, Județul Valcea
15	S.S.R.H. Râmnicu Vâlcea	Sat Ciungetu, com. Mălaia, FN, Județul Valcea
16	S.S.R.H. Râmnicu Vâlcea	Mun. Slatina, Judetul Valcea
17	S.S.R.H. Sebeș	Mun. Sebeș, Judetul Alba
18	S.S.R.H. Sebeș	Or. Făgăraș, Judetul Brașov
19	Executiv Hidroserv	Mun. București, Str. Constantin Nacu, nr.3, Sector 2

Anexa 4

Factori de evaluare pentru criteriul de atribuire „Cel mai bun raport calitate-preț"

Nr.	FACTORUL DE EVALUARE	Punctaj maxim
1	**Prețul ofertei (Componenta Financiară)**	**20 puncte**
	Modalitate de calcul: a) Se acordă punctajul maxim de 20 de puncte pentru oferta cu prețul total cel mai scăzut (exprimat în Euro/an). b) Pentru celelalte oferte, punctajul (P_n) se acordă conform formulei: $P_n = (P_{min}/P_n)$ X 20 [puncte]. unde: *P_{min} - prețul total cel mai scăzut ofertat,* *P_n - prețul ofertei analizate.* **Precizări obligatorii:** - Nu se vor accepta oferte cu o primă mai mare decât valoarea maximă de 250 EUR / asigurat/ an contractual. - Ofertele care depășesc acest plafon vor fi declarate neconforme și vor fi respinse. - Punctajul obținut va fi calculat cu două zecimale.	
2	**Cea mai mare valoare a limitei asigurate ofertate aferentă acoperirii A.1. din Pachetul A - Spitalizare**	**20 puncte**
	Modalitate de calcul: a) Se acordă punctajul maxim de 20 puncte pentru oferta cu cea mai mare limită asigurată ofertată (LAmax). b) Pentru celelalte oferte conforme, punctajul se calculează conform formulei: Pn = (LAn / LAmax) x 20 [puncte], unde: *- Pn - punctajul obținut de ofertantul „n",* *- LAn - limita asigurată a ofertei „n";* *- Lamax - cea mai mare limită asigurată ofertată.* **Precizări obligatorii:** - Ofertele care nu îndeplinesc cerințele minime obligatorii stabilite în Caietul de Sarcini vor fi declarate neconforme și respinse. - Ofertele care întrunesc cerința minimă obligatorie vor fi punctate cu 0 puncte. - Punctarea ofertelor se realizează strict prin aplicarea algoritmului matematic de mai sus raportat la ofertele conforme. - Ofertele care prezintă franșize sau acoperiri parțiale pentru riscurile minime solicitate vor fi declarate neconforme. - Punctajul obținut va fi calculat cu două zecimale.	
3	**Cea mai mare valoare a indemnizatiei totale zilnice aferentă acoperirii A.2. din Pachetul A - Spitalizare**	**15 puncte**
	Modalitate de calcul: a) Se acordă punctajul maxim de 15 puncte pentru oferta cu cea mai mare indemnizație ofertată (Imax) b) Pentru celelelte oferte, punctajul se calculează conform formulei: Pn = (In/Imax) x 15 [puncte], unde: *- In – indemnizația zilnică din cadrul ofertei „n";*	

	- Imax - cea mai mare indemnizație zilnică totală ofertată. **Precizări obligatorii:** - Ofertele care nu îndeplinesc cerințele minime obligatorii stabilite în Caietul de Sarcini vor fi declarate neconforme și respinse. - Ofertele care întrunesc cerința minimă obligatorie vor fi punctate cu 0 puncte. - Nu se acceptă niciun tip de franșiză temporală. Ofertele care includ orice fel de franșiză temporală vor fi declarate neconforme și respinse. - Evaluarea și ierarhizarea se realizează exclusiv pe baza formulei matematice pentru toate ofertele declarate conforme tehnic. - Punctajul obținut va fi calculat cu două zecimale.	
4	**Cele mai multe boli grave și afecțiuni critice acoperite, suplimentar celor din cerința minimă, aferent acoperirii D1 - Boli (afecțiuni) grave/critice**	**15 puncte**
	Modalitate de calcul: a) Se acordă punctajul maxim de 15 puncte pentru oferta cu numărul cel mai mare de boli grave și afecțiuni critice acoperite suplimentar celor din cerința minimă (Bmax). b) Pentru celelalte oferte, punctajul se calculează conform formulei: Pn = (Bn/Bmax) x 15 [puncte], unde: *- Bn - numărul de boli grave și afecțiuni critice acoperite suplimentar celor din cerința minimă aferent ofertei „n";* *- Bmax - numărul cel mai mare de boli grave și afecțiuni critice acoperite suplimentar celor din cerința minimă.* **Precizări obligatorii:** - Ofertele care omit oricare dintre aceste riscuri vor fi declarate neconforme și vor fi respinse. - Ofertele care întrunesc cerința minimă obligatorie vor fi punctate cu 0 puncte. - Includerea pachetului minim obligatoriu de boli grave este o condiție de conformitate. Evaluarea suplimentară se face prin aplicarea strictă a formulei. - Punctajul obținut va fi calculat cu două zecimale.	
5	**Cea mai mare valoare a indemnizației pentru boli grave și afecțiuni critice aferentă acoperirii D - Boli (afecțiuni) grave/critice**	**15 puncte**
	Modalitate de calcul: a) Se acordă punctajul maxim de 15 puncte pentru oferta cu cea mai mare valoare a indemnizației globale pentru boli grave și afecțiuni critice ofertată (INmax). b) Pentru o alta ofertă decât cea prevazută la litera a), punctajul (Pn) se acordă conform următoarei formule: Pn = (INn/INmax) x 15 [puncte], unde: *- INn - indemnizația asigurată pentru boli grave din ofertă „n";* *- INmax - cea mai mare indemnizație pentru boli grave ofertată în procedură.* **Precizări obligatorii:** • Ofertele care nu îndeplinesc cerințele minime obligatorii stabilite în Caietul de Sarcini vor fi declarate neconforme și respinse	

	- Nu se acceptă niciun tip de franșiză temporală. Ofertele care includ orice fel de franșiză temporală vor fi declarate neconforme și respinse. - Evaluarea și ierarhizarea se realizează exclusiv pe baza formulei matematice pentru toate ofertele declarate conforme tehnic. - Punctajul obținut va fi calculat cu două zecimale.	
6	**Dimensiunea rețelei medicale naționale cu decontare directă**	**15 puncte**
	Modalitate de calcul: a) Se acordă punctajul maxim de 15 puncte ofertei care prezintă cel mai mare număr total de furnizori medicali parteneri unici (clinici, spitale, laboratoare și centre de diagnostic, înțelese ca sedii/puncte de lucru distincte) cu decontare directă la nivel national (FNmax). b) Pentru orice altă ofertă admisibilă, punctajul se acordă conform formulei: Pn=FNn/FNmax X 15 [puncte], unde: - *Pn este punctajul obținut de ofertantul „n",* - *FNn este numărul total de furnizori medicali unici cu decontare directă propus de ofertantul „n",* - *FNmax este cel mai mare număr total de furnizori medicali propuși în cadrul procedurii.* **Precizare obligatorie privind conformitatea teritorială:** - Pentru a fi evaluată, oferta trebuie să îndeplinească în mod obligatoriu toate cerințele minime de acoperire teritorială și proximitate stabilite la *capitolul VII*. Aceasta va reflecta inclusiv structura numerică solicitată per localitate, nivelurile de complexitate spitalicească sau soluțiile alternative de acoperire completă a serviciilor. - Fiecare adresă fizică unică va fi contabilizată o singură dată în stabilirea numărului total de furnizori, indiferent de numărul sau denumirile comerciale sub care funcționează la acea adresă. - Ofertele care nu respectă cerințele minime din Caietul de Sarcini vor fi declarate neconforme și respinse. - Ofertele care intrunesc cerința minimă obligatorie vor fi punctate cu 0 puncte.	
	PUNCTAJ MAXIMUM DISPONIBIL (Tehnic 80 puncte + Financiar 20 puncte)	**100 puncte**

Anexa nr.5a

Lista furnizorilor de servicii medicale agreați unici (localități în care se gasesc sediile S.S.H. Hidroserv S.A.) – capitolul VII Acoperirea teritoriala cu rețeaua parteneră cu decontare directă, punctul 2) litera a) – minimum 10 furnizori de servicii, respectiv litera c) - minimum 20 de furnizori de servicii

Ofertanții au obligația de a completa în mod exhaustiv tabelul de mai jos pentru fiecare dintre localitățile solicitate, reflectând cu acuratețe capacitatea operațională a rețelei (retea proprie și partenera) active la data depunerii ofertei. Informațiile declarate în această matrice devin obligatorii din punct de vedere contractual.

Județ	Localitate	Denumire furnizor medical	Adresă completă	Tip unitate medicală	Servicii și specialități medicale disponibile
Alba	Alba Iulia	1 ...			
Argeș	Pitești	1 ...			
Bacău	Bacău	1 ...			
Bihor	Oradea	1 ...			
Brașov	Brașov	1 ...			
Caraș-Severin	Reșița	1 ...			
Gorj	Târgu Jiu	1 ...			
Hunedoara	Deva	1 ...			
Mehedinți	Drobeta-Turnu Severin	1 ...			
Neamț	Piatra Neamț	1 ...			
Olt	Slatina	1 ...			
Sibiu	Sibiu	1 ...			
Vâlcea	Râmnicu Vâlcea	1 ...			
Bucuresti		1 ...			

Anexa nr.5b

Lista furnizorilor de servicii medicale agreați (localități în care se găsesc sediile S.S.H. Hidroserv S.A.) – capitolul VII Acoperirea teritorială cu rețeaua parteneră cu decontare directă, punctul 2) litera b) – minimum 3 furnizori de servicii

Ofertanții au obligația de a completa în mod exhaustiv tabelul de mai jos pentru fiecare dintre localitățile solicitate, reflectând cu acuratețe capacitatea operațională a rețelei (retea proprie și partenera) active la data depunerii ofertei. Informațiile declarate în această matrice devin obligatorii din punct de vedere contractual.

Județ	Localitate	Denumire furnizor medical	Adresă completă	Tip unitate medicală	Servicii și specialități medicale disponibile
Alba	Sebeș	1 ...			
Argeș	Curtea de Argeș	1 ...			
	Câmpulung	1 ...			
Brașov	Făgăraș	1 ...			
Caraș-Severin	Caransebeș	1 ...			
Hunedoara	Hateg	1 ...			

Anexa nr.5c

Nivelul de clasificare și competență pentru spitalele private agreate în contract cu ofertantul, *capitolul VII Acoperirea teritorială cu rețeaua parteneră cu decontare directă, punctul 3) literele a) - d).*

Ofertanții au obligația de a completa tabelul de mai jos (Matricea de Spitale), nominalizând unitățile medicale prin care asigură îndeplinirea cerințelor minime.

Criteriu / Nivel Complexitate	Locație solicitată și număr minim	Denumire Spital Privat	Localitate / Județ	Servicii și Specialități Medicale / Chirurgicale
a) Grad înalt de complexitate	În țară: **minim 1**	1.		
b) Grad mediu de complexitate	În București: **minim 2** În țară: **minim 2**	1. ... 1. ...		
c) Grad mic de complexitate	În București: **minim 4** În țară: **minim 7**	1. ... 1. ...		
d) Competență limitată	În București: **minim 5** În țară: **minim 10**	1. ... 1. ...		