



COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ  
NATIONAL HEALTH INSURANCE COMPANY  
НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

---

**ORDIN** nr. 161-A  
din 16. septembrie 2008

*Cu privire la contractarea instituțiilor farmaceutice  
în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală*

În scopul executării Hotărârii Guvernului nr. 1372 din 23.12.2005 „Cu privire la modul de compensare a medicamentelor în condițiile asigurării obligatorii de asistență medicală”, cu modificările ulterioare,

**ORDON :**

1. Agențiile teritoriale ale CNAM vor asigura încheierea contractelor privind eliberarea către persoanele asigurate a medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală cu instituțiile farmaceutice, care activează în conformitate cu legislația și îndeplinesc criteriile de selecție aprobate.

2. Se aprobă:

Lista documentelor ce urmează a fi prezentate de către instituțiile farmaceutice pentru contractare, conform anexei nr. 1.

Cererea-tip pentru contractare, conform anexei nr. 2.

Cartela-tip a instituției farmaceutice, conform anexei nr. 3.

3. Se abrogă Ordinul nr. 163-A din 19.11.2004 „Cu privire la contractarea instituțiilor farmaceutice”.

4. Controlul asupra executării prezentului ordin se pune în seama dlui Vasile Pascal, vicedirector al CNAM.

**Director general**

**Gheorghe Russu**

**LISTA**  
**documentelor ce urmează a fi prezentate**  
**de către instituțiile farmaceutice pentru contractare**

- ✓✓ 1. Cererea-tip pentru contractare (model stabilit de CNAM).
- ✓✓ 2. Cartela-tip a instituției farmaceutice (model stabilit de CNAM).
- ✓✓ 3. Actele de fondare și de activitate (copii Statut, Regulament, Hotărâre de fondare, etc.).
- ✓✓ 4. Certificat de înregistrare și Extras din Registrul de stat al întreprinderilor și organizațiilor (copie).\*
- ✓✓ 5. Decizia (ordinul) de numire în funcție al conducătorului(copie)\*.
- ✓✓ 6. Licența și anexa la licență (copie)\*, doar pentru instituțiile medico-sanitare private.
- ✓✓ 7. Certificat de acreditare și scrisoarea de însoțire la acesta (copie)\*.
- ✓✓ 8. Certificat de înregistrare a subiectului impunerii la TVA (copie)\*.
- ✓✓ 9. Autorizație sanitară de funcționare (copie)\*.
- ✓✓ 10. Adeverință eliberată de Biroul Național de Statistică privind atribuirea codului CUIIO (copie)\*.
- ✓✓ 11. Certificat de deschidere a contului bancar (original).

*Notă:*

*1. Toate copiile documentelor de la punctele însemnate prin (\*) se vor prezenta autentificate de către conducătorul instituției farmaceutice cu aplicarea parafei.*

*2. Toate actele menționate în această listă se depun doar atunci, când instituția farmaceutică se prezintă pentru prima dată la contractare. Ulterior, instituția farmaceutică va depune numai cererea, cartela și actele în care au survenit modificări (completări).*

### CARTELA-TIP A INSTITUȚIEI FARMACEUTICE

<b>Denumirea instituției farmaceutice (completă)</b>	
<b>Denumirea instituției farmaceutice (prescurtată)</b>	
<b>Numărul de identificare de stat – codul fiscal (IDNO)</b>	
<b>Nr. de înregistrare la Camera Înregistrării de Stat</b>	
<b>Data înregistrării</b>	
<b>Numărul de înregistrare ca subiect impozabil cu TVA</b>	
<b>Adeverință eliberată de Biroul Național de Statistică privind atribuirea codului CUIIO</b>	
<b>Seria și numărul licenței</b>	
<b>Termenul de valabilitate a licenței</b>	
<b>Numărul certificatului de acreditare</b>	
<b>Data eliberării certificatului de acreditare</b>	
<b>Adresa juridică</b>	
Cod poștal	
Municipiul, orașul, satul (comuna)	
Raionul (sectorul)	
<b>Strada</b>	
Nr. casei	
<b>Telefoanele</b>	
Anticamera	
Contabil	
Fax /E-mail	
Cont de decontare	
Cod bancar	
Denumirea băncii	
<b>Organizația ierarhic superioară</b>	
<b>Forma de proprietate</b>	
<b>Forma organizatorico-juridică</b>	
<b>Genul principal de activitate</b>	
<b>Numele, prenumele conducătorului</b>	
<b>Numele, prenumele contabilului</b>	

Data completării \_\_\_\_\_

Semnătura conducătorului \_\_\_\_\_

Semnătura contabilului \_\_\_\_\_

L.Ș.

Înregistrat la agenția teritorială a CNAM  
 cu nr. \_\_\_\_\_

din \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (semnătura)

**Agencia Teritorială \_\_\_\_\_  
a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină**

**CERERE-TIP  
PENTRU CONTRACTARE**

Prin prezenta instituția farmaceutică \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (denumirea deplină,

\_\_\_\_\_ adresa juridică)

reprezentată de către \_\_\_\_\_, care  
acționează în baza \_\_\_\_\_, solicită includerea în lista  
instituțiilor farmaceutice cu care se va semna contract privind eliberarea către  
persoanele asigurate a medicamentelor compensate din fondurile asigurării  
obligatorii de asistență medicală pentru anul 20\_\_.

Cu legislația Republicii Moldova din domeniul asigurării obligatorii de  
asistență medicală suntem la curent.

Conducătorul instituției farmaceutice \_\_\_\_\_

Contabil - șef \_\_\_\_\_

L.Ș.