

AMBULATORIU DE SPECIALITATE

ACTE NECESARE PENTRU CONTRACTUL DE SERVICII MEDICALE IN ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATILE CLINICE -dosarul se va completa in ordinea enumerata mai jos conform opisului –

OPIS 2014

1. Cerere de solicitare pentru intrare in relatie contractuala cu CAS Cluj pentru anul **2014-MODEL TIP (ANEXA 1) -pentru furnizarea de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice pentru anul 2014**.
2. Certificatul de inregistrare:
 - 2.1 Certificatul de inregistrare in Registrul Unic al cabinetelor medicale
 - 2.2 Actul de infiintare sau organizare
 - 2.3 Certificatul de inregistrare la Oficiul Registrului Comertului si certificatele constatatoare sau anexele pentru SRL-uri.
3. Structura organizatorica aprobata/avizata de MS pentru structurile ambulatorii pentru specialitatile clinice
4. Contul deschis la Trezoreria Statului pentru SRL-uri si unitati sanitare, sau la banca- pentru cabinete medicale
5. Certificat de inregistrare fiscala.(CUI;CIF)
6. Copia actului de identitate a reprezentantului legal
7. Decizia de evaluare a furnizorului in sistemul asigurarilor de sanatate însoțită de anexe, valabilă la data încheierii contractului.
8. Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical- **pentru furnizor (exceptie fac CMI-uri) - valabila pana la 31.12.2014**
9. Certificatul de membru eliberat de la Colegiul Medicilor din Romania vizat pe verso pentru anul 2014 (pentru medici) valabila pana la 31.12.2014
10. Certificatul de membru al OAMGMAMR valabila pana la 31.12.2014 (pentru personalul mediu-sanitar-asistentii medicali)
11. Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical, pentru personalul de specialitate:
 - 11.1 Dovada asigurarii de raspundere civila, pentru personalul de specialitate – **medicii** care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege si care urmează să fie înregistrat în contract si să funcționeze sub incidenta acestuia, valabilă până la data de 31.12.2014;
 - 11.2 Dovada asigurarii de raspundere civila pentru personalul de specialitate – **asistenti medicali** care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege si care urmează să fie înregistrat în contract si să funcționeze sub incidenta acestuia, valabilă până la data de 31.12.2014;
 - 11.3 Dovada asigurarii de raspundere civila pentru personalul **care furnizeaza servicii medicale conexe** - care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege si care urmează să fie înregistrat în contract si să funcționeze sub incidenta acestuia, valabilă până la data de 31.12.2014;
12. Declaratie privind derularea/nederularea de către furnizor de relatii contractuale cu Casa O.P.S.N.A.J., sau alte case judetene de asigurări de sănătate **MODEL TIP(ANEXA 2)**
13. Copie a documentului care atesta gradul profesional pentru medici.
 14. Copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizorul de servicii medicale(contract de munca+extras REVISAL, contract prestari servicii+CIF)

15. Copie a actului de identitate pentru medicii si personalul mediu-sanitar care isi desfasoara activitatea intr-o forma prevazuta de lege;
16. Declarațiile pe proprie răspundere a personalului angajat cu privire la alte locuri de muncă-conform MODEL TIP(ANEXA 3A, 3B)
17. Dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum si a contribuției pentru concedii si indemnizatii pentru cei care au această obligatie legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare (certificatul fiscal poate fi depus până în data de 27.06.2014);
18. Actul doveditor privind relatia contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice si furnizorul de servicii de sănătate conexe actului medical, din care să reiasă si calitatea de prestator de servicii în cabinetul de practică organizat conform Ordonantei de urgentă a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, si, după caz, conform Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare; pentru psihologi se va solicita si certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare; actele doveditoare care să contină: datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii de sănătate conexe actului medical, avizul de liberă practică sau atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România, după caz, programul de lucru si tipul serviciilor conform prevederilor din norme.
- Furnizorii de servicii conexe - declarație cu privire la alte contracte incheiate (*ANEXA 4*)
19. Împuternicire notarială pentru relatia cu casa de asigurări de sănătate, pentru persoana care înlocuieste reprezentantul legal în absenta acestuia; se va mentiona obligatoriu obiectul împuternicirii: pentru semnare de contracte, acte aditionale, facturi, raportări.
20. Tabel (1) Structura de personal care furnizeaza servicii medicale la furnizor -conform *MODEL TIP(ANEXA 5)*
21. Tabel (2)- Program de activitate/zile/intervale orare/medic/ asistenti/personal care își desfășoară activitatea la furnizor - conform *MODEL TIP(ANEXA 6)*
22. Tabel (3)- Declaratie de program a furnizorului/zile/intervale orare conform *MODEL TIP- (ANEXA 7)*
23. Tabel (4)- Structura personal medico-sanitar care furnizeaza servicii conexe actului medical -conform *MODEL TIP (ANEXA 4)*
24. Tabel (5)- Lista privind evidenta bolnavilor cu afectiunile cronice prevăzute în norme - CNP-uri aflate în evidența proprie conform *MODEL TIP - (ANEXA 8)*
25. Tabel (6)-Lista cuprinzând aparatura din dotare conforma specialitatii -*MODEL TIP (Anexa 9)*

Mențiun1 :Pentru aparatele din dotare se va depune:

- **dovada detinerii legale a acestora**

- **contract de garantie sau service pentru aparatura din dotare, conform prevederilor legale in vigoare**

Mențiune 2:-La momentul depunerii documentației în vederea încheierii contractului pentru anul 2014 tabelele menționate mai sus se depun atât în format scris cât și în format electronic.

NOTĂ 1: Fiecare medic de specialitate din specialitățile clinice care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriu de specialitate, își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

2. Documentele solicitate vor fi depuse obligatoriu in dosar de plastic cu sina în ordinea menționată în opis
3. Toate documentele vor fi depuse în formatul solicitat
4. Toate documentele trebuie să fie în termen de valabilitate la data semnarii contractului
5. Dosarele incomplete precum si documentele neconforme ca forma, continut si valabilitate nu pot fi validate.
6. Prezentul Opis se va depune la dosarul de contractare cu semnatura reprezentantului legal.

Urmariti site-ul CAS CLUJ la rubrica info center /info furnizori /An 2014/Contractare 2014 /Asistenta de Specialitate in ambulatoriu pentru completarea dosarului de contract in eventualitatea in care se solicita noi documente.

Toate documentele depuse pentru încheierea contractelor pentru anul 2014 vor fi stampilate cu stampila unitatii si se vor certifica prin semnatura reprezentantului legal care va raspunde de realitatea si exactitatea datelor, iar cele depuse in xerocopie vor purta si mentiunea “conform cu originalul”, pe fiecare pagina.

NOTA 2 Furnizorii care doresc să contracteze servicii paraclinice-ecografii vor depune separat cerere și documente în conformitate cu opisul specific.

Atenție!!! Nedepunerea documentelor cu respectarea în forma solicitată, la termenul de contractare precizat , pot conduce la respingerea dosarului.

ANEXA 1

.CERERE - MODEL TIP

Furnizor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

CERERE

Subsemnatul(a).....
reprezentant legal al
cu sediul social în,C.U.I.....,telefon
cabinet.....(obligatoriu),telefon reprezentant legal
.....(obligatoriu),fax.....(obligatoriu), adresa e-
mail.....(obligatoriu);
cu punct de lucru în.....,telefon
cabinet..... (obligatoriu),fax.....(obligatoriu),telefon
mobil....., adresa e-mail (obligatoriu), vă rog să binevoiți a aproba încheierea
contractului de furnizare de:

Contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice pentru anul 2014

1.Corespondența legată de derularea contractului se va efectua în scris la:

- sediul social
- punct de lucru

2.Pentru situații de urgență comunicarea se va realiza pe e-mail la adresa (furnizor).....

Semnătura și ștampila - reprezentant legal,

Data

Verificat pentru existența și valabilitatea documentelor.
C.A.S. Cluj

Furnizor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate
pentru specialitățile clinice

Sediul social / Adresa fiscala.....

DECLARAȚIE

Subsemnatul (a),
legitimat (a) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant
legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe
propria răspundere că am / nu am contract de furnizare de servicii medicale clinice
și cu:

- Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței
Naționale și Autorității Judecătorești
- Case de Asigurări de Sănătate limitrofe

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)
.....

DECLARATIE

Subsemnatul/a.....cu CNP.....legitim
cu BI /CIseria.....nr:.....cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste
conform prevederilor Art 292 Cod penal ,declar pe proprie raspundere urmatoarele:

Medic specialist...../primar.....in
specialitatea.....angajat la unitatea
sanitara:.....
precizez ca mai /nu mai lucrez la urmatoarele unitati sanitare :

1. unitatea sanitara.....cu norma

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

2. unitatea sanitara.....cu norma

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

3. unitatea sanitara.....cu norma

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

Data:

Nume Prenume
(Semnatura si parafa)

.....

DECLARATIE

Subsemnatul/a.....cu CNP.....legitim
cu BI /CIseria.....nr:.....cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste
conform prevederilor Art 292 Cod penal ,declar pe proprie raspundere urmatoarele:

Asistent medical **in specialitatea.....**angajat la
unitatea sanitara:.....
precizez ca mai/nu mai lucrez la urmatoarele unitati sanitare :

1. unitatea sanitara.....cu norma

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

2. unitatea sanitara.....cu norma

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

3. unitatea sanitara.....cu norma

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

Data:

Nume Prenume
(Semnatura)

Furnizor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

STRUCTURA PERSONAL CARE FURNIZEAZA SERVICII CONEXE

NR. CRT.	NUME SI PRENUME	CNP	B/CI		ALP				ASIGURAREA DE RASPUNDERE CIVILA		CONTRACT DE MUNCA		TIPURI DE SERVICII PRESTATE
			SPECIALITATEA	SERIE SI NR.	SERIE	NR	DATA ELIBERARII	DATA EXPIRARII	NR. CERTIFICAT	VALABILA PANA LA	NR. CONTRACT	TIP CONTRACT	
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Raspundem de realitatea ,corectitudinea si exactitatea datelor

Reprezentant legal

Nume și prenume, semnătură, ștampilă

Data întocmirii

Furnizor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

STRUCTURA PERSONAL

MEDICI

NR. CRT.	NUME SI PRENUME	CNP	B/CI	CERTIFICAT MEMBRU CMR/CMDR				ASIGURAREA DE RASPUNDERE CIVILA		CONTRACT DE MUNCA		COD PARAFĂ	SPECIALITATEA	COMPETENTA	GRAD PROFESIONAL	ALTE LOCURI DE MUNCA	NORMA
			SERIE SI NR.	SERIE	NR	DATA ELIBERARII	DATA EXPIRARII	NR. CERTIFICAT	VALABILA PANA LA	NR. CONTRACT	TIP CONTRACT						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Total medici=

ASISTENTI MEDICALI

NR. CRT.	NUME SI PRENUME	CNP	B/CI	ALP/CERTIFICAT MEMBRU ASOCIATIE PROFESIONALA				ASIGURAREA DE RASPUNDERE CIVILA		CONTRACT DE MUNCA (**)		ALTE LOCURI DE MUNCA	NORMA
			SERIE SI NR.	SERIE	NR	DATA ELIBERARII	DATA EXPIRARII	NR. CERTIFICAT	VALABILA PANA LA	NR. CONTRACT	TIP CONTRACT		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Total asistenti medicali =

ALT PERSONAL CU STUDII SUPERIOARE

NR. CRT.	NUME SI PRENUME	CNP	B/CI	ALP/CERTIFICAT MEMBRU ASOCIATIE PROFESIONALA				ASIGURAREA DE RASPUNDERE CIVILA		CONTRACT DE MUNCA (**)		ALTE LOCURI DE MUNCA	NORMA
			SERIE SI NR.	SERIE	NR	DATA ELIBERARII	DATA EXPIRARII	NR. CERTIFICAT	VALABILA PANA LA	NR. CONTRACT	TIP CONTRACT		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

**) Se va specifica forma legala in care se exercita profesia (contract de munca, PFA, etc.)

Raspundem de corectitudinea si exactitatea datelor

Reprezentant legal

Nume și prenume, semnătură, ștampilă

Data întocmirii

Furnizor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate
pentru specialitățile clinice

PROGRAM DE ACTIVITATE
CABINET:.....

<i>Nr. Crt</i>	<i>NUME SI PRENUME MEDIC</i>	PROGRAM DE LUCRU					
		<i>Luni</i>	<i>Marți</i>	<i>Miercuri</i>	<i>Joi</i>	<i>Vineri</i>	<i>TOTAL ORE</i>
1							
2							
3							
TOTAL ORAR CABINET/SĂPTĂMÂNA							

<i>Nr. Crt</i>	<i>NUME SI PRENUME ASISTENTI MEDICALI</i>	PROGRAM DE LUCRU					
		<i>Luni</i>	<i>Marți</i>	<i>Miercuri</i>	<i>Joi</i>	<i>Vineri</i>	<i>TOTAL ORE</i>
1							
2							
3							

<i>Nr. Crt</i>	<i>NUME SI PRENUME PERSONAL CARE FURNIZEAZA SERVICII CONEXE</i>	PROGRAM DE LUCRU					
		<i>Luni</i>	<i>Marți</i>	<i>Miercuri</i>	<i>Joi</i>	<i>Vineri</i>	<i>TOTAL ORE</i>
1							
2							
3							

Certific de realitatea si legalitatea datelor cunoscand prevederile Art. 474 Cod penal privind falsul in declaratii

Reprezentant legal

Nume și prenume, semnătură, ștampilă

Data întocmirii

Furnizor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

.....
Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE DE PROGRAM

Subsemnatul(a), B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate se desfășoară astfel:

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa/telefon	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
Sediul social lucrative									
Punct de lucru/ punct secundar de lucru*)									
.....									

*) se va completa în funcție de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menționează distinct cu programul de lucru aferent

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)
.....

Casa de asigurări de sănătate

.....
 Furnizorul de servicii medicale

 Localitate
 Județ

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de familie/
 Medic de specialitate din ambulatoriu

 (nume prenume)

CNP medic de familie/
 medic de specialitate din ambulatoriu

**LISTA PERSOANELOR CU AFECȚIUNI CRONICE PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ
 EVIDENȚĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE/MEDICULUI DE
 SPECIALITATE DIN AMBULATORIU**

Nr. crt.	Cod numeric personal/ Cod unic de asigurare/ Număr de identificare personal	Vârsta*)	Data intrării în evidența medicului de familie/ medicului de specialitate din ambulatoriu
1. HTA			
1.			
2			
...			
2. Diabetul zaharat tip II			
1.			
2			
...			
3. Dislipidemie			
1.			

2			
...			
4. BPOC			
1.			
2			
...			
5. Astm bronsic			
1.			
2			
...			
6. Boală cronică de rinichi			
1.			
2			
...			

*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică. Pentru asigurații 0 - 1 an se va completa vârsta în luni.

NOTE:

1. În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.

2. În cazul medicului de familie, evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.

3. În cazul medicului de specialitate din ambulatoriu, evidența cuprinde toate persoanele monitorizate conform prevederilor legale în vigoare și care se prezintă pentru consultație la medicul de specialitate respectiv, în vederea controlului periodic.

4. Formularul se transmite în format electronic la casa de asigurări de sănătate în vederea contractării, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale.

5. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,
.....

Data:

MODEL TIP

UNITATEA SANITARA.....

Anexa 9

APARATURA DIN DOTARE

NR. CRT.	SPECIALITATEA	TIP SI DENUMIRE APARAT	SERIE APARAT	DATA FABRICATIEI	ACT DETINERE			CONTRACT SERVICE APARATURA		
					TIP ACT (CONTRACT VANZARE-CUMPARARE, LEASING, INCHIRIERE, FACTURA)	NR. ACT	TERMEN DE VALABILITATE	NR.CONTRACT	FIRMA CARE EFECTUEAZA SERVICE-ul	DATA EFECTUARII SERVICE
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10

*Certific de realitatea si legalitatea datelor cunoscand prevederile Art.292-Cod penal privind falsul in declaratii
Raspundem de corectitudinea si exactitatea datelor*

REPREZENTANT LEGAL

Nume și prenume, semnătură, ștampilă

Data întocmirii