

CERERE DE INTENTIE

C tre,

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE CLUJ

Unitatea sanitara _____, cu sediul în _____, str. _____, telefon _____, fax _____, reprezentat prin _____ prin prezenta solicit încheierea unui **contract pentru finanțarea programelor/subprogramelor din cadrul programelor naționale cu scop curativ pana la 31.12.2016.**

Solicit încheierea de contract pentru finantarea programelor/subprogramelor din cadrul programelor naționale de sanatate cu scop curativ pe anii 2015 și 2016.

Programe/subprograme de sănătate	Da	Nu
1. Programul național de boli cardiovasculare		
- proceduri de dilatare percutana		
- proceduri terapeutice de electrofiziologie		
- implantare de stimuloare cardiace		
- implantare defibrilatoare interne		
- implantare de stimuloare de resincronizare cardiaca		
- interventii de chirurgie cardiovasculara adulti		
- interventii de chirurgie cardiovasculara copii		
- interventii chirurgie vasculara		
2. Programul național de oncologie		
- Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afectiuni oncologice		
- Subprogramul de reconstructie mamara dupa afectiuni oncologice prin endoprotezare		
- Subprogramul de diagnostic imunofenotipic , citogenetic si biomolecular al leucemiilor acute		
- Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afectiuni oncologice		
3. Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive).		
4. Programul național de diabet zaharat		
- medicamente		
- pompe de insulina si materiale consumabile pentru pompele de insulina		
5. Programul național de tratament al bolilor neurologice		
- scleroza multipla		
6. Programul național de tratament al hemofiliei si talasemiei		
- hemofilie		
• bolnavi cu hemofilie intre 1 si 18 ani cu substitutie profilactica		
• bolnavi cu hemofilie cu substitutie “on demand”		
• bolnavi cu hemofilie cu substitutie de scurta durata		
• bolnavi cu hemofilie cu inhibitori cu substitutie pentru accidente hemoragice		
• bolnavi cu hemofilie cu substitutie pentru interventiile chirurgicale ortopedice majore		
• bolnavi cu hemofilie cu substitutie pentru interventiile		

chirurgicale, altele decat cele ortopedice majore		
- talasemie majora		
7. Programul național de tratament pentru boli rare:		
- boli neurologice degenerative/inflamatorii- forme cronice		
- boli neurologice degenerative/inflamatorii- forme acute		
- boală Fabry		
- sindrom de imunodeficienta primara		
- epidermoliza buloasa		
- HTAP		
- scleroza sistemica si ulcere digitale evolutive		
- purpura trombocitopenica imuna cronica la adultii splenectomizati si nesplenectomizati		
- hiperfenilalamia la bolnavii diagnosticati cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterina		
8. Programul national de sanatate mintala		
9. Programul național de boli endocrine		
10. Programul național de ortopedie		
- endoproteze		
- endoproteze articulare tumorale		
- implant segmentar de coloana		
- chirurgie spinala		
11. Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice		
12. Programul national de diagnostic si tratament cu ajutorul aparaturii de inalta performanta		
- Subprogram de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobandite la copil		
13. Programul national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica		

* Se va înscrie semnul X în coloana corespunzătoare opțiunii unității sanitare

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

1. Cerere de intenție pentru încheiere de contract în vederea finanțării programelor/subprogramelor din cadrul programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015, 2016,
2. Dovada de evaluare a furnizorului,
3. Codul fiscal, contul deschis la Trezoreria Statului sau la Banca,
4. Comitetul director,
5. Numele și prenumele, telefonul și adresa de e-mail a persoanei, desemnate de unitatea sanitară, care are atribuțiile de serviciu derularea programelor naționale de sănătate,
6. Tabel cu toți medicii prescriptori pe programele/subprogramele din cadrul programului național cu scop curativ conform anexei (date actualizate la 01.04.2015 - se va întocmi tabel separat pentru fiecare program/subprogram), respectând modelul de tabel recomandat de CAS Cluj. Pentru medicii prescriptori care **nu** și-au desfășurat activitatea în cadrul programelor naționale de sănătate cu scop curativ la data 31.03.2015, se vor depune în copie: Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România și asigurarea de malpraxis,

7. Actul de infintare/organizare pentru *unitatile sanitare care intra prima data in contract cu CAS Cluj*,
8. Autorizatia emisa de CNCAN pentru unitatile sanitare care desfasoara activitati specifice de profil (**Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afectiuni oncologice**),
9. Autorizatia sanitara de functionare/Raportul de inspectie eliberat de Directia de Sanatate Publica prin care se confirma indeplinirea conditiilor igienico-sanitare prevazute de legea nr. ___ pentru unitatile sanitare care intra prima data in contract cu CAS Cluj.

Nota:

1. Documentele solicitate vor fi depuse obligatoriu in dosar, in ordinea mentionata in OPIS.
2. Toate documentele vor fi depuse in formatul solicitat.
3. Toate documentele depuse in copie vor purta, pe fiecare pagina, mentiunea șConform cu originalulö, vor fi semnate de reprezentantul legal si stampilate.
4. Dosarele incomplete sau documentele care nu respecta formatul solicitat de catre CASCJ si/sau nu sunt in termen de valabilitate, nu pot fi validate.
5. Fiecare pagina din dosar se numeroteaza in coltul din dreapta jos.