**OPIS**

**Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în**

**asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice**

**- anul 2023 -**

1. cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

2. dovada de evaluare a furnizorului, precum şi a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligație conform prevederilor legale în vigoare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului.

Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea făcută de altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul doreşte să intre în relaţie contractuală;

3. dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum și a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligație conform prevederilor legale în vigoare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

Dovada de acreditare se depune la contractare de furnizorii care nu au această obligație și au optat să se acrediteze;

4. contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;

5. codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal – copia buletinului/cărţii de identitate, după caz;

6. dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, cu excepţia cabinetelor medicale individuale şi societăţilor cu răspundere limitată, cu un singur medic angajat;

7. lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care îşi desfăşoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului atasat**.** Lista cuprinde informații necesare incheierii contractului;

8. programul de activitate al cabinetului/ punctului de lucru/ punctelor de lucru secundare, după caz, conform modelului atasat;

9.actul doveditor privind relaţia contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice, inclusiv furnizorul de îngrijiri paliative în ambulatoriu şi furnizorul de servicii de sănătate conexe actului medical, din care să reiasă şi calitatea de prestator de servicii în cabinetul de practică organizat potrivit prevederilor Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, cu modificările și completările ulterioare şi, după caz, potrivit prevederilor Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare, respectiv potrivit prevederilor Legii nr. 229/2016, cu modificările ulterioare; pentru psihologi se va solicita şi certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, potrivit prevederilor Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare; pentru fizioterapeuţi, se va solicita şi autorizaţie de liberă practică, respectiv aviz anual eliberat potrivit prevederilor Legii nr. 229/2016, cu modificările ulterioare și documentul care atestă pregătirea profesională pentru drenajul limfatic manual, după caz;

-- pentru serviciile conexe actului medical, actele doveditoare trebuie să conţină :

- cod numeric personal (copie BI/CI, după caz)

- avizul de liberă practică sau atestat de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România, dupa caz;

- tipul serviciilor furnizate

-programul de activitate pentru persoanele care prestează servicii conexe actului medical;

10. certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

11. certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical/soră medicală care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

12. copie după structura avizată/aprobată conform reglementărilor în vigoare, pentru unitatea sanitară ambulatorie;

13. declaratie pe propria raspundere din care sa rezulte ca furnizorul nu are incheiate si nici nu v-a incheia pe parcursul derularii relatiilor contractuale cu Casa de Asigurari de Sanatate COVASNA, contracte, conventii sau alte tipuri de întelegeri cu alti furnizori care se află în relaţii contractuale cu CAS COVASNA sau în cadrul aceluiasi furnizor;

14. adresa e-mail, telefon fix si mobil.

15. furnizorii care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate şi pentru furnizarea de servicii medicale în scop diagnostic - caz, la contractare vor transmite pe lângă documentele prevăzute la alin. (1), următoarele documente, după caz:

- copie a contractului încheiat cu un laborator de referinţă dintre cele prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate publică în vigoare;

- copie după structura aprobată/avizată conform prevederilor legale în vigoare, din care să rezulte că furnizorul are în structură laborator de investigaţii medicale paraclinice;

- copie după structura aprobată/avizată a furnizorului, din care să rezulte că are în structură maternitate, precum şi documentul prin care maternitatea este clasificată în gradul I, II sau III.

**Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului.**

**Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.**

**Medicii, pentru a intra în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, trebuie să deţină semnătură electronică extinsă/calificată.**

**ANEXA 45**

**- MODEL-**

**Denumirea**

**furnizorului**....................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Sediul social / Adresa**

**fiscala**........................................................................................................................................................................................................................................................................................

**DECLARAŢIE DE PROGRAM**

punct de lucru …………………………………………….………………..……...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Locatia  unde se  desfasoar  a activitate | Adresa  telefon, e-mail | Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate | | | | | | | |
| Luni | Marţi | Miercuri | Joi | Vineri | Sâmbăta | Duminică | Sarbatori  legale |
| Sediu  Social lucrativ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de  Lucru/ punct secundar de lucru\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ........... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*\* se va completa în funcţie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situaţia în care furnizorul are mai multe punte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menţionează distinct cu programul de lucru aferent*

Data Reprezentant legal

.....................

...................................................

Denumirea furnizorului..........................................................................................................................

Sediul social / Adresa fiscala..................................................................................................................

Punct de lucru.........................................................................................................................................

Către,

**CASA DE ASIGURARI DE SANATATE COVASNA**

Subsemnatul (a)……………………………………………………………………...................................

legitimat cu B.I./C.I. seria..........., nr........................................., în calitate de reprezentant legal al ......................................................................................................................................................................, cu sediul în ( adresa completă) ...............................................................................................................,

şi punct de lucru în ...................................................................................................................................,

cod fiscal ..............……………………...……….....,telefon/fax............................................, adresa de e-mail................................................................... (obligatoriu) solicit încheierea cu Casa de Asigurări de Sănătate COVASNA a **Contractului de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţi clinice pentru anul 2023 pentru următoarele specialităţi** :

● .................................................................................

● .................................................................................

● .................................................................................

pentru următoarele **servicii conexe** ( dacă este cazul ):

● .................................................................................

● .................................................................................

pentru **servicii medicale în scop diagnostic – caz** ( dacă este cazul ):

● .................................................................................

● .................................................................................

pentru **servicii de ingrijiri paleative** ( dacă este cazul ):

● .................................................................................

● .................................................................................

Menţionez că nu am contract cu altă Casă de Asigurări de Sănătate .

Data,

**Reprezentant legal,**

( Nume, prenume, semnătură)

**L.S**

Denumire furnizor..........................................

**DECLARATIE**

**PROGRAM DE ACTIVITATE**

Subsemnatul(a) ………………………………………, declar pe propria răspundere cunoscand că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, că programul de activitate cu sau fara contract cu Casa de Asigurari de Sanatate COVASNA este in conformitate cu legislatia muncii. Precizez ca imi desfasor activitatea la urmatoarele locuri de munca:

1) Loc de munca…………………………….unde am urmatorul program de lucru (precizati intervalul zilnic orar si numarul total de ore/saptamana):

Luni ……….

Marti ……….

Miercuri ……

Joi ………….

Vineri ………

Sambata ……..

Duminica…….

Total numar ore/saptamana…………..

2) Loc de munca…………………………….unde am urmatorul program de lucru (precizati intervalul zilnic orar si numarul total de ore/saptamana):

Luni ……….

Marti ……….

Miercuri ……

Joi ………….

Vineri ………

Sambata ……..

Duminica…….

Total numar ore/saptamana…………..

Precizez ca figurez intr-un singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate in **ambulatoriul de specialitate clinic,** la furnizorul………………………………………

Data Nume, prenume

Semnatura /parafa medic

Denumirea furnizorului...............................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Sediul social / Adresa fiscala.....................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

**Declaratie**

Subsemnatul (a), .............................................................................................................................

legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ............, nr. ..............., cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere, ca nu am incheiat sau nu voi incheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu CAS COVASNA, contracte,convenţii sau alte tipuri de înţelegeri cu alţi furnizori care se află în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiaşi furnizor, în scopul obţinerii de către aceştia/personalul care îşi desfăşoară activitatea la aceştia, de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Data Reprezentant legal

Numele in clar, semnatura

.....................

................................................