



CASA DE ASIGURARI DE SANATATE A JUDETULUI GORJ
Str.Prahova, nr.5, Targu Jiu, Gorj, Romania – cod postal: 210126
E-mail: office@casgorj.ro Tel.: 0253 223 940 / 0253 223 950
casj-gj@casgorj.ro 0353 805 872 / 0353 805 873
Fax: 0253 223 621 TelVerde: 0800 800 963
Operator de date cu caracter personal numarul: 374

NR. 4597/01.03.2017

În atenția, FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE DIN ASISTENȚA MEDICALA AMBULATORIE – SPECIALITATI CLINICE-

Pentru desfasurarea actiunii de contractare pentru anul 2017 si tinand cont de prevederile H.G. nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza condițiile acordării asistenței medicale , a medicamentelor si a dispozitivelor medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2016 – 2017 , cu modificarile si completarile ulterioare , precum si de prevederile Ordinului comun M.S./C.N.A.S. nr. 196/139/2017 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 , cu modificarile si completarile ulterioare, va invitam sa depuneti la sediul CAS Gorj, in perioada 08.03.2017 – 10.03.2017 , urmatoarele documente necesare incheierii contractului de furnizare de servicii medicale clinice:

NR. CRT.	OPIS
1	<input type="checkbox"/> Cerere tip de intrare in relatii contractuale pe anul 2017 cu C.A.S. GORJ conform modelului anexat nr.1(pentru furnizorii care NU se afla in relatie contractuala cu CAS Gorj) si nr.2(pentru furnizorii care la data de 28.02.2017 se afla in relatie contractuala cu CAS Gorj). Cererea va purta numar de inregistrare de la furnizorul de servicii medicale
2	<input type="checkbox"/> Dovada contului în Trezoreria Statului pentru S.R.L. și spitale <input type="checkbox"/> Dovada contului în Bancă pentru C.M.I.
3	<input type="checkbox"/> Dovada platii la zi a contributiei la Fondul pentru asigurari sociale de sanatate , precum si a contributiei pentru concedii si indemnizatii , pentru cei care au aceasta obligatie legala , efectuate conform prevederilor legale in vigoare si care trebuie prezentata casei de asigurari de sanatate pana cel tarziu in data de 24.03.2017
4	<input type="checkbox"/> Codul unic de identificare fiscală-cod unic de inregistrare
5	<input type="checkbox"/> Dovada de evaluare a furnizorului in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;
6	<input type="checkbox"/> Certificatul (certIFICATELE) de membru al Colegiului Medicilor Gorj a medicului/medicilor, vizat pe anul 2017 valabile la data incheierii contractului si certificat de membru la O.A.M.G.M.A.M.R. pentru personalul mediu sanitar care desfășoară activitate în cabinetul medical , valabil la data incheierii contractului
7	<input type="checkbox"/> Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmează să fie inregistrat in contract si să funcționeze sub incidenta acestuia, valabila la data incheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul

	asigurat pentru raspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului.
8	Dovada asigurării de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului.
9	<input type="checkbox"/> Copie a documentului care atesta gradul profesional pentru medici ;
10	<input type="checkbox"/> Declarația pe propria raspundere a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale în care să specifice dacă mai are contract cu altă Casă de Asigurări de Sănătate pentru servicii medicale clinice conform modelului anexat
11	<input type="checkbox"/> Declarația pe propria raspundere a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale privind reînnoirea documentelor din dosarul de contractare conform modelului anexat
12	<input type="checkbox"/> Copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizor
13	<input type="checkbox"/> Copie a actului de identitate pentru medici si pentru personalul medico-sanitar;
14	<input type="checkbox"/> Programul de activitate al cabinetului și punctului de lucru, programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor conform modelului anexat
15	<input type="checkbox"/> Lista privind evidenta bolnavilor cu afectiunile cronice prevazute in norme(afectiunea,CNP, data intrarii)conform anexei nr.2D (HTA,diabetul zaharat tip II,dislipidemie,BPOC,astm bronsic,boala cronica de rinichi)
16	<input type="checkbox"/> Declaratie pe propria raspundere ca nu sunt in evidenta bolnavi cu afectiuni cronice conform modelului anexat
17	<input type="checkbox"/> Lista criteriilor de incadrare a cabinetelor medicale in functie de conditiile in care se desfasoara activitatea;
18	<input type="checkbox"/> Dovada detinerii legale a aparaturii necesare efectuării procedurilor specifice acolo unde este cazul;
19	<input type="checkbox"/> Declaratie pe propria raspundere ca nu au incheiat si nu incheie conventii sau alte tipuri de intelegere cu alti furnizorii in scopul obtinerii de foloase/beneficii de orice natura conform modelului anexat
20	<input type="checkbox"/> Tabel care să conțină data de expirare a valabilității pentru următoarele documente: asigurări MALPRAXIS pentru societate și personal angajat, VIZA de la Colegiul Medicilor Gorj si OAMMR pentru personalul angajat,decizia de evaluare , <u>conform model anexat</u>

Documentele, depuse in copie , vor fi certificate pentru conformitate prin sintagma <conform cu originalul> si prin semnatura reprezentantului legal , pe fiecare pagina ; aceste documente se transmit si in format electronic asumate prin semnatura electronica extinsa a reprezentantului legal al furnizorului , care raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor .

NOTA: Pentru furnizorii care se află la data depunerii cererii în relație contractuală cu CASJ Gorj, contractele pentru anul 2016 se prelungesc prin acordul părților ,incepand cu data de 01.04.2017 până la data de 31.12.2017, prin acte adiționale.

Furnizorii respectivi vor reînnoi în perioada 08.03.2017 – 10.03.2017 documentele depuse la contractarea din cursul anului 2016 a căror valabilitate expiră .

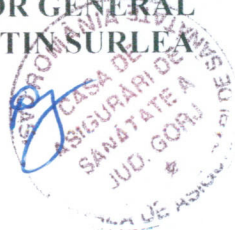
Pentru furnizorii care la data de 28.02.2017 NU se află în relație contractuală cu C.A.S.J. Gorj se fac aplicabile prevederile art. 186 din H.G. nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul

sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016-2017, cu modificările și completările ulterioare, urmând a fi încheiate contracte valabile până la data de 31.12.2017.

1. În cazul în care furnizorii de servicii medicale clinice depun cererile însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor, la alte termene decât cele stabilite și comunicate de către C.A.S.J. Gorj și nu participă la negocierea și încheierea contractelor în termenele stabilite de către aceasta, furnizorii respectivi nu vor mai desfășura activitatea respectivă în sistemul de asigurări sociale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepția situațiilor ce constituie cazuri de forță majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii, și notificate de îndată casei de asigurări de sănătate

2. Nu sunt acceptate dosarele incomplete.

PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL
EC.DANIEL CONSTANTIN SURLEA



DIRECTOR DIRECTIA RELATII CONTRACTUALE
EC.LEONARD POPESCU

A blue ink signature, likely belonging to EC. LEONARD POPESCU, written in a cursive style.

INTOCMIT,
EC. ALINA CARUNTU

A blue ink signature, likely belonging to EC. ALINA CARUNTU, written in a cursive style.

FURNIZOR:

NR.1

LOCALITATEA:

NR. INREGISTRARE FURNIZOR:

Domnule Președinte-Director General

Subsemnatul (a), reprezentant legal al....., aflat la adresa, str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul....., cu punct de lucru în str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul....., telefon....., fax..... adresă e-mail.....cu certificat de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale.....nr.....autorizația sanitară de funcționare nr.....,decizia de evaluare nr...../.....cont nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont nr.....deschis la Banca....., cod fiscal, va rog a-mi aproba încheierea contractului de furnizare de servicii medicale clinice, specialitatea pentru anul 2017.

Data

.....

Semnătura și ștampila rotundă

.....

Domnului Președinte-Director General al CASJ Gorj

DENUMIRE FURNIZOR:

NR.2

ADRESA:

Domnule Presedinte Director General,

Subsemnatul/a, reprezentant legal al, CUI, solicit prin prezenta continuarea relatiei contractuale cu C.A.S.J. Gorj pana la data de 31.12.2017, pentru furnizarea de servicii medicale

De asemenea cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere ca la data de 28.02.2017 au/nu au intervenit modificari ale conditiilor care au stat la baza incheierii si derularii relatiilor contractuale cu C.A.S.J. Gorj in anul 2016.

Modificarile intervenite sunt urmatoarele:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Anexez la prezenta cerere si documentele depuse la contractarea din cursul anului 2016, a caror valabilitate a expirat, respectiv:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

****** Se va completa de catre furnizorii care se afla la data de 28.02.2017 in relatie contractuala cu CAS GORJ.**

In cazul in care se va constata ca la data depunerii cererii au intervenit si alte modificari ale conditiilor care au stat la baza incheierii si derularii relatiilor contractuale cu C.A.S.J. Gorj in anul 2016, fata de cele declarate mai sus, sunt de acord sa mi se retina sumele incasate necuvenit, precum si dobanzile legale calculate de la data incasarii sumelor necuvenite pana la data recuperarii acestora.

DATA

REPREZENTANT LEGAL,

DOMNULUI PRESEDINTE DIRECTOR GENERAL AL C.A.S.J. GORJ

FURNIZOR:

LOCALITATEA:

DECLARATIE,

☐ Subsemnatul (a), în calitate de reprezentant legal al, aflat la adresa, str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul....., cunoscând prevederile art. 326 din Codul Penal privind falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că nu am în evidență bolnavi cu afecțiuni cronice conform anexei 2D (HTA, diabetul zaharat tip II, dislipidemie, BPOC, astm bronșic, boala cronică de rinichi).

DATA

SEMNATURA SI ȘTAMPILA

FURNIZOR:
LOCALITATEA:

DECLARATIE,

Subsemnatul (a), în calitate de reprezentant legal al, aflat la adresa, str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul....., cunoscând prevederile art. 326 din Codul Penal privind falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că:

-mă oblig să actualizez documentele a căror valabilitate expiră pe parcursul derulării contractului încheiat cu C.A.S. Gorj pentru anul 2017.

-mă oblig să înaintez la C.A.S. Gorj documentele reînnoite, înainte de data expirării.

-mă oblig să comunic în termen de 5 zile lucrătoare la C.A.S. Gorj orice modificare a condițiilor inițiale în baza cărora furnizorului i-a fost încheiat contractul.

DATA

SEMNATURA SI ȘTAMPILA

FURNIZOR:
LOCALITATEA:

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
- ☐ Casa de Asigurări de Sănătate

Declar pe propria raspundere ca medicii care sunt inclusi in
contract figureaza/nu figureaza in alt tip de contract cu CAS GJ.

DATA

SEMNATURA SI ȘTAMPILA

Denumirea furnizorului

 Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE DE PROGRAM

Punct de lucru.....

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	Mărti	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
Sediu social lucrativ									
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)

FURNIZOR: LOCALITATEA:

I. 1. Condițiile în care se acordă asistența medicală:

a) distanța cea mai mare între punctele extreme ale unității administrativ – teritoriale deservite (comună / oraș cu un număr de până la 10.000 locuitori*):

*) comună, oraș – se analizează unitatea administrativ-teritorială în care funcționează sediul cabinetului medical / punctul de lucru al cabinetului medical și cuprinde atât suprafața intravilană cât și cea extravilană.

(i) 7 □ 12 km

2 puncte

(ii) peste 12 km

4 puncte

b) deplasarea la domiciliul beneficiarilor de servicii medicale:

b1) drumuri neasfaltate și nepietruite în proporție de peste 50%

4 puncte

b2) drumuri cu diferență de nivel de peste 200 m**)

8 puncte

**) punctajul se acordă numai dacă există drumuri cu diferență de nivel de peste 200 m în cadrul zonei deservite.

Notă: Se acordă punctaj în conformitate cu prevederile de la lit. b1) și/sau lit. b2), după caz, cabinetelor medicale / punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din zonele de deal și de munte.

c) dispersia populației din zona în care se desfășoară activitatea:

(i) densitatea populației 75 □ 150 locuitori/km²

2 puncte

(ii) densitatea populației sub 75 locuitori/km²

4 puncte

Total punctaj acordat: Minimum 2 puncte Maximum 20 puncte

2. Posibilități de sprijin în furnizarea de servicii medicale:

Distanța rutieră dintre localitatea unde se află sediul cabinetului medical / punctului de lucru al cabinetului medical și localitatea cea mai apropiată unde se află o structură de primire a urgențelor (UPU/CPU) din cadrul aceluiași județ care respectă criteriile stabilite prin Ordin al ministrului sănătății privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor:

a) 20 – 40 km

4 puncte

b) 41 – 60 km

6 puncte

c) peste 60 km

8 puncte

Total punctaj acordat: Minimum 4 puncte Maximum 8 puncte

3. Pentru cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice din mediul rural și din mediul urban pentru orașele cu un număr de până la 10.000 de locuitori

20 puncte

Total punctaj acordat: Minimum 0 puncte Maximum 20 puncte

4. Pentru cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, organizate în localități / zone din mediul rural și din mediul urban (pentru orașele cu un număr de până la 10.000 locuitori) deficitare din punct de vedere al prezenței medicilor de specialitate pentru specialități clinice ***)

20 puncte

***) localitățile/zonle deficitare din punct de vedere,

al prezenței medicilor de specialitate pentru specialități clinice.

se stabilesc potrivit contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Total punctaj acordat: Minimum 0 puncte Maximum 20 puncte

Procentul total de majorare a numărului de puncte realizat în cazul asistenței medicale de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, pentru condițiile în care se desfășoară activitatea, este:

a) între 75 și 78 de puncte 100%

b) între 61 și 74 puncte 71% □ 97%

c) între 41 și 60 puncte 40,5% □ 69%

d) între 2 și 40 puncte 1% □ 39%

Procentul de majorare pentru fiecare dintre intervalele prevăzute la lit. a) – d) se calculează proporțional cu punctajul obținut de cabinetul medical pentru condițiile în care se desfășoară

activitatea, astfel:

- 2.1. procent de 100% pentru intervalul prevăzut lit. a);
- 2.2. procent de 2% pentru fiecare punct obținut peste limita inferioară pentru intervalul prevăzut la lit. b);
- 2.3. procent de 1,5% pentru fiecare punct obținut peste limita inferioară pentru intervalul prevăzut la lit. c).
- 2.4. procent de 1% pentru fiecare punct obținut peste limita inferioară pentru intervalul prevăzut la lit. d).

DATA

SEMNATURA SI ȘTAMPILA

SITUATIA PRIVIND ASIGURARILE DE RASPUNDERE CIVILA , AUTORIZATIILE SANITARE , DECIZIILE DE EVALUARE , PENTRU
FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE CLINICE - CARE AU INCHEIAT CONTRACT CU C.A.S.J. GORJ

Nr. Crt.	Denumire furnizor de servicii medicale	Asigurare medic		Certificat de membru medic	Asigurare personal medico-sanitar angajat				Autorizatie sanitara	Decizie de evaluare
		Valoare (euro)	Data expirare		Nume si prenume	Profesia	Certificat de membru	Asigurare malpraxis		
1.										

FURNIZOR:
LOCALITATEA

DECLARATIE,

Subsemnatul (a), în calitate de reprezentant legal al, aflat la adresa, str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul....., cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal, privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere nu am încheiat sau nu voi încheia , pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu casa de asigurări de sănătate , contracte , convenții sau alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori care se afla în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate sau în cadrul aceleiași furnizor , în scopul obținerii de către aceștia/personalul care își desfășoară activitatea la aceștia de foloase/beneficii de orice natură , care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casa de asigurări de sănătate .

DATA

SEMNATURA SI ȘTAMPILA