



CASJ GORJ

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 ASISTENTA MEDICALA PRIMARA**

Pentru desfășurarea acțiunii de contractare pentru anul 2017 și având în vedere prevederile Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016-2017 și ale Ordinului ministrului sanatații și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017, vă invităm să depuneți la sediul C.A.S.J. Gorj în perioada 08.03.2017– 10.03.2017 următoarele documente necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale:

NR. CRT.	OPIS
1	Cerere pentru intrarea în relație contractuală pe anul 2017 cu C.A.S. GORJ conform modelului anexat nr.1(pentru furnizorii care la data de 28.02.2017 NU se afla în relație contractuală cu CAS Gorj) și nr. 2(pentru furnizorii care la data de 28.02.2017 se afla în relație contractuală cu CAS Gorj) precum și declarație pe proprie răspundere că nu veți intra în relație contractuală și cu o altă casă de asigurări de sănătate; Cererea va purta număr de înregistrare de la furnizorul de servicii medicale.
2	Cont deschis la Trezoreria statului (pentru SRL) sau la banca (pentru CMI).
3	Codul unic de înregistrare fiscală – cod unic de înregistrare
4	Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului.
5	Dovada de evaluare a unității sanitare și a punctului de lucru – unde este cazul, valabilă la data încheierii contractului.
6	Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în contract și funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului.
7	Declarația privind încheierea pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu casa de asigurări de sănătate a unor contracte, convenții sau alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiași furnizor, în scopul obținerii de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.(ANEXA 2C)
8	Certificat de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic și certificatul de membru la O.A.M.G.M.A.M.R. pentru asistenții medicali care își exercită profesia la furnizor, valabile la data încheierii contractului.
9	Documentul care atestă gradul profesional, pentru medici
10	Copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor.
11	Declarația de program a cabinetului și/sau punctului de lucru, după caz.
12	Programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor. (conform modelului anexat)

13	Copie a actului de identitate pentru medici si asistenti medicali.
14	Declarația pe propria raspundere a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale privind reînnoirea documentelor din dosarul de contractare conform modelului anexat.
15	Lista, pe suport de hartie si in format electronic, cu persoanele inscrise pentru medicii nou veniti si numai in format electronic pentru medicii care au fost in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate in anul precedent
16	Declaratia pe proprie raspundere privind corectitudinea listei persoanelor inscrise la momentul incetarii termenului de valabilitate a contractului anterior , din punct de vedere al conformitatii si valabilitatii acesteia/acestora, conform modelului prevazut in anexa nr. 2 B
17	Lista bolnavilor cu afectiuni cronice conform evidentei organizate la nivelul
18	Criteriile de încadrare a cabinetului medical în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea (Anexa 3)
19	Dovada platii la zi a contributiei la FNUASS, precum si a contributiei pentru concedii si indemnizatii, pentru cei care au aceasta obligatie legala.

NOTA :

Pentru furnizorii care se află la data de 28.02.2017 în relație contractuală cu CASJ Gorj, contractele pentru anul 2016 se prelungesc prin acordul părților până la data de 31.12.2017, prin acte adiționale.

Furnizorii de servicii medicale din asistenta medicala primara vor reînnoi în perioada 08.03.2017 – 10.03.2017 documentele depuse la contractarea din cursul anului 2016 a căror valabilitate expiră. Deasemenea se vor depune obligatoriu cererea de intrare in relatie contractuala cu C.A.S.J. Gorj si documentele prevazute in opis la punctele 11,12,14,15,16,17,18 si 19.

Documentele depuse la contractarea din cursul anului 2016 se vor transmite obligatoriu și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal.

In cazul in care furnizorii de servicii medicale 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

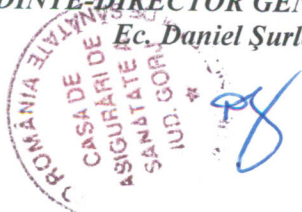
Nu sunt acceptate dosare incomplete.

Documentele solicitate vor fi depuse obligatoriu în dosar în ordinea menționată mai sus.

Toate documentele depuse în copie vor purta, pe fiecare pagină, mențiunea „conform cu originalul” și vor fi semnate de reprezentantul legal și ștampilate.

PREȘEDINTE-DIRECTOR GENERAL cu delegatie

Ec. Daniel Șurlea



Comp. D.S.M.M.D.M..

Ec. Cristina Baldovin

Pentru furnizorii aflatii in relatie contractuala cu CASJ Gorj

DENUMIRE FURNIZOR:

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)

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,

Pentru furnizorii noi care vor intra in relatie contractuala cu CASJ Gorj

DENUMIRE FURNIZOR:.....

NR. INREG. FURNIZOR:.....

Domnule Preşedinte-Director General

Subsemnatul (a), reprezentant
legal al....., aflat la adresa,
str....., nr....., bl., sc., et., ap.
localitatea..... judeţul....., cu punct de lucru in
str....., nr....., bl., sc., et., ap.
localitatea.....judeţul.....,telefon.....
....., fax..... adresă e-mail....., cu certificat
de înregistrare în registrul unic al cabinetelor
medicale.....nr.....autorizaţia sanitară de funcţionare nr.....cont
nr.....deschis la Trezoreria statului
..... sau cont nr.....deschis la
Banca....., cod fiscal, decizie de
evaluare nr...../....., vă rog a-mi aproba intrarea în relaţie
contractuală cu CASJ Gorj pentru anul 2017, pentru servicii de asistenta medicala
primara .

Anexez alăturat documentele necesare încheierii contractului, conform
opisului.

Data

.....

Semnătura şi ştampila rotundă

.....

Domnului Preşedinte-Director General al CASJ Gorj

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 la C.A.S. Gorj orice modificare a condițiilor inițiale în baza cărora furnizorul i-a fost încheiat contractul.

DATA

SEMNATURA SI ȘTAMPILA

Denumirea furnizorului

.....

Sediul social/Adresa fiscală

.....

punct de lucru

.....

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	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.

**) pentru medicii de familie se completează distinct programul la cabinet și programul la domiciliu.

Data
.....

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

Nr. contract

MF _____

Reprezentant legal _____

Domiciliu: localitatea....., strada....., nr., bl., sc., etaj....., ap., județ....., telefon.....

Nume și prenume medic: Dr. _____

Grad profesional medic
 medic specialist
 medic primar

Cod parafă _ _ _ _ _

CNP _____

Adresa cabinetului:

Telefon:

Localitatea _____

cabinet _____

Strada _____ nr. _____

mobil _____

Bl. _____ sc. _____ ap. _____

acasă _____

Adresă e-mail _____

COD UNIC DE ÎNREGISTRARE _____

Nr. de persoane înscrise în lista proprie pentru care se încheie contract		Program săptămânal		Nr. de asistenți medicali angajați
Asigurați	Persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale	La cabinet (număr ore)	La domiciliul asiguraților (număr ore)	
Total:				

Program de activitate

	Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică
La cabinet							
La domiciliul asiguraților							
La punctul de lucru							

Personal angajat

Nr. crt.	Nume si prenume	Cod numeric personal	Pregătire profesionala (medic, asistent cu școala postliceală, asistent cu liceu sanitar, personal auxiliar)	Încadrare (normă întreagă sau fracțiune de normă)
1				
2				
3				
4				

Ștampila cabinetului

Semnătura și parafa medicului

DECLARAȚIE,

Subsemnatul (a), în calitate de reprezentant legal al cabinetului medical....., 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 voi încheia contract pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară numai cu C.A.S.J. Gorj.

DATA

SEMNATURA , PARAFA ȘI ȘTAMPILA ROTUNDĂ

Furnizor de servicii medicale
Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a)*1) legitimat(ă) 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 lista cuprinzând persoanele înscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, depusă în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2015 este valabilă și conformă cu evidențele proprii existente la data de*2)

Subsemnatul(a)*3) legitimat(ă) 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 lista/listele cuprinzând persoanele înscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale depusă/depuse în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2015 este valabilă/sunt valabile și conformă/conforme cu evidențele proprii existente la data de*4), pentru următorii medici de familie:

-
-
-

NOTĂ:

*1) Pentru cabinetele medicale individuale

*2), *4) Se va trece data la care a încetat termenul de valabilitate a contractului anterior

*3) Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale:

- cabinet asociat sau grupat
- societate civilă medicală
- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare
- cabinet care funcționează în structura sau în coordonarea unei unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie.

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)

DECLARAȚIE,

Subsemnatul (a), în calitate de reprezentant legal al cabinetului medical....., 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 încheiat și 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 află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiași furnizor, în scopul obținerii de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

DATA

SEMNATURA , PARAFA ȘI ȘTAMPILA ROTUNDĂ

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 pînă 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 atît suprafața intravilană cît 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