

**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

romania2019.eu
Președinția României la Consiliul Uniunii Europene

NR.9965/27.06.2019

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

Pentru desfasurarea actiunii de contractare pentru anul 2019 si tinand cont de prevederile H.G. nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2018 – 2019 , cu modificarile si completarile ulterioare precum si de prevederile Ordinului comun M.S./C.N.A.S. nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2018 a H.G. nr. 140/2018 cu modificarile si completarile ulterioare , va invitam sa transmiteti la sediul CAS Gorj urmatoarele documente necesare incheierii contractului de furnizare de servicii medicale in ambulatoriu pentru specialitatile clinice in perioada 04.07.2019-08.07.2019, numai în format electronic asumate fiecare in parte prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului , la adresa de e-mail contractare_clin@casgorj.ro

NR. CRT.	OPIS
1	<input type="checkbox"/> Cerere tip de intrare in relatii contractuale pe anul 2019 cu C.A.S. GORJ conform modelului anexat nr.1. Cererea va purta numar de inregistrare de la furnizorul de servicii medicale(cerere pentru furnizorii noi) <input type="checkbox"/> Cerere tip de prelungire a contractului pentru furnizorii aflati deja in relatie contractuala cu CAS GORJ la data de 30.06.2019 conform anexei nr.2
2	<input type="checkbox"/> Contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii
3	<input type="checkbox"/> Codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărții de identitate, după caz
4	<input type="checkbox"/> Dovada de evaluare a furnizorului, precum și a punctului de lucru secundar, după caz, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului; Nu se depune la contractare de furnizorii care au evaluare in termen de valabilitate la data contractarii.
5	Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabil la data încheierii contractului și reînnoiit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează / avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;
6	Certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical/soră medicală care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului și reînnoiit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează / avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical

7	<input type="checkbox"/> Copie a documentului care atesta gradul profesional pentru medici ;
8	<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
9	<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
10	<input type="checkbox"/> Copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizor inclusiv pentru personalul care presteaza servicii conexe;
11	<input type="checkbox"/> Copie a actului de identitate pentru medici si pentru personalul medico-sanitar;
12	<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
13	<input type="checkbox"/> Lista criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale in functie de conditiile in care se desfasoara activitatea;
14	<input type="checkbox"/> Dovada detinerii legale a aparaturii necesare efectuării procedurilor specifice acolo unde este cazul;
15	<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
16	<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 , conform model anexat
17	<input type="checkbox"/> Actul doveditor privind relatia contractuala dintre furnizorul de servicii medicale clinice si furnizorul de servicii conexe actului medical din care sa reiasa si calitatea de prestator de servicii in cabinet;pentru psihologi,certificatul de inregistrare a furnizorului de servicii psihologice;
18	<input type="checkbox"/> Actele doveditoare:copie act de identitate al persoanelor care presteaza servicii conexe,avizul de libera practica sau atestatul de libera practica eliberat de Colegiul Psihologilor,programul de lucru si tipul serviciilor;
19	<input type="checkbox"/> Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor,valabila la data incheierii contractului,cu obligatia furnizorului de a o reînnoi pe toata perioada derularii contractului,cu exceptia cabinetelor medicale individuale si societatilor cu raspundere limitata,cu un singur medic angajat;

1. În cazul în care furnizorii de servicii medicale clinice depun electronic 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 termenii 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.

NOTA: Pentru furnizorii care se află la data de 31.07.2019 în relație contractuală cu CASJ Gori, contractele pentru anul 2018 se prelungesc prin acordul părților, începând cu data de 01.08.2019 până la data de 31.12.2019, prin acte adiționale.

Furnizorii respectivi vor reînnoi, transmitând electronic cu semnatura electronica extinsa, în perioada 04.07.2019-08.07.2019 documentele depuse la contractarea din cursul anului 2018 a căror valabilitate expiră.

**PRESEDINTE DIRECTOR GENERAL
EC. DANIEL CONSTANTIN SURLĂ**



**DIRECTOR DIRECTIA RELATII CONTRACTUALE
EC. LEONARD POPESCU**

**INTOCMIT,
EC. ALINA CARUNTU**

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 in 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 incheierea contractului de furnizare de servicii medicale clinice, specialitatea pentru anul 2019.

Data

.....

Semnătura

.....

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 31.12.2019, pentru furnizarea de servicii medicale

De asemenea cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere ca la data de 30.06.2019 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 2018.

Modificarile intervenite sunt urmatoarele:

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

Anexez la prezenta cerere si documentele depuse la contractarea din cursul anului 2018, a caror valabilitate a expirat, respectiv:

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

****** Se va completa de catre furnizorii care se afla la data de 30.06.2019 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 2018, 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:

-mă oblig să actualizez documentele a căror valabilitate expiră pe parcursul derulării contractului încheiat cu C.A.S. Gorj pentru anul 2019.

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

-mă oblig să comunic cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte, la C.A.S. Gorj orice modificare a condițiilor inițiale în baza cărora furnizorul i-a fost încheiat contractul.

DATA

SEMNATURA

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,**
Sigurantei 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

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
Sediul 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)

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 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

3. Pentru cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice din mediul rural și din mediul urban pentru orașele cu un număr de pînă 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 pînă 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

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 asigurari de sanatate , contracte , conventii sau alte tipuri de intelegeri cu alti furnizori care se afla in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate sau in cadrul aceluiasi furnizor , in scopul obtinerii de catre acestia/personalul care isi desfasoara activitatea la acestia de foloase/beneficii de orice natura , care sa fie in legatura cu obiectul contractelor incheiate cu casa de asigurari de sanatate .

DATA

SEMNATURA

