



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. 5358 / 28.03.2018.

În atenția,

**FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE DIN ASISTENȚA MEDICALA AMBULATORIE
– SPECIALITATEA CLINICA MEDICINA FIZICA SI DE REABILITARE -**

Pentru desfasurarea actiunii de contractare pentru anul 2018 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 în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019 , precum și de prevederile Ordinului comun M.S./C.N.A.S. nr. 397/836/2018 pentru Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018 , va invităm să transmiteți la sediul CAS Gorj **următoarele documente necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale din specialitatea clinica medicina fizica si de reabilitare în perioada 04.04.2018 – 10.04.2018, numai în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului , la adresa de e-mail contractare_reca@casgorj.ro :**

In NR. CRT.	OPIS
1	Cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu Casa de Asigurari de Sanatate Gorj pentru anul 2018 (conform modelului).
2	Dovada de evaluare a furnizorului , valabila la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reinnoi pe toată perioada derulării contractului ; dovada de evaluare nu se depune la contractare de furnizorii care au evaluare în termen de valabilitate la data contractării . Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii noi, de furnizorii care au evaluarea făcută de alta casa de asigurari de sanatate decat cea cu care furnizorul dorește să intre în relație contractuală, sau valabilitatea acesteia este expirată .
3	Cont deschis la Trezoreria Statului (pentru SRL și spitale) sau la banca (pentru CMI), potrivit legii.
4	Codul de înregistrare fiscală – codul unic de înregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal – copia buletinului/cartii de identitate, după caz ;
5	Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabila la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reinnoi pe toată perioada derulării contractului, (în condițiile Ordinului CNAS nr. 346/2006 , cu modificările ulterioare), cu excepția cabinetelor medicale individuale și societăților cu răspundere limitată, cu un singur medic angajat;
6	Lista cu tipul și numărul de aparate aflate în dotare (conform modelului anexat) .
7	Declarația reprezentantului legal privind programul de lucru al furnizorului în contract cu CASJ Gorj (conform modelului - Anexa nr. 45 din Norme).
8	Lista personalului medico-sanitar care își exercită profesia la furnizor și programul de lucru al acestuia (pe zile și ore, conform modelului anexat).
9	Copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercita profesia la furnizor.
10	Certificat de membru al Colegiului Medicilor din Romania , 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 reinnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical.

11	Copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici .
12	Certificat de membru al OAMGMAMR pentru asistentii medicali care își desfășoara activitatea la furnizor într-o forma prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical.
13	Copie a actului de identitate pentru medici și personalul medico - sanitar.
14	Declarația pe proprie răspundere a reprezentantului legal cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate (conform modelului – Anexa 11A din Norme).
15	Autorizația de liberă practică pentru fizioterapeuți eliberată conform prevederilor legale.
16	Aviz eliberat de către Direcția de Sănătate Publică Gorj , pentru medicii care au împlinit vârsta de 65 ani, privind prelungirea activității.
17	Copie după atestat sau alt document din care să rezulte calificarea în meserie maseuri și băieși.
18	Copie după documentele conforme și în termen de valabilitate, care constituie dovada deținerii legale a aparaturii.
19	Copie după documentele pentru aparatele deținute din care să reiasă anul fabricației, seria și numărul, numărul de canale și numărul de bolnăvi care pot face terapie simultan cu aparatele respective, pentru care furnizorii încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate (fise tehnice ale aparatelor sau alte documente)
20	Copie relevu imobil din care să rezulte suprafața sălii de kinetoterapie (în metri pătrați).
21	Copie după certificatele de garanție pentru aparatele aflate în perioada de garanție.
22	Copie după contractul de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieșite din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanție pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale, furnizorii sunt obligați să prezinte contractul de service <u>anterior expirării perioadei de garanție.</u>
23	Copie după avizul de utilizare , emis de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale pentru dispozitivele medicale din dotare achiziționate „second hand” .
24	Declarația pe propria răspundere a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale privind reînnoirea documentelor din dosarul de contractare (conform modelului).
25	Oferta de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare. (conform modelului)
26	Fisa privind dotarea minimă obligatorie a sălii de kinetoterapie conform ordinului 153/2003 cu modificările și completările ulterioare, completată. (conform modelului)
27	Declarație privind alte locuri de muncă ale personalului care își desfășoară activitatea la furnizor în contract cu CASJ Gorj . (conform modelului)
28	Declarație pe propria răspundere ca nu au încheiat și nu încheie convenții sau alte tipuri de înțelegere cu alți furnizorii în scopul obținerii de foloase/beneficii de orice natură (conform modelului anexat).

NOTA:

1. În cazul în care furnizorii de servicii medicale 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 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. Documentele necesare încheierii contractelor, se transmit **DOAR** în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului.

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

3. Medicii pentru a intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate trebuie să dețină semnătura electronică extinsă.
4. Fiecare medic de specialitate din specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare, care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 39 alin. (2) din Contractul-cadru, își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate.
5. Cabinetele medicale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate funcționează cu minimum un asistent medical. Programul de lucru al asistentului medical poate fi o normă întreagă sau fracțiune de normă.
6. Furnizorul de servicii de medicină fizică și de reabilitare trebuie să facă dovada că toată durata programului de lucru declarat al cabinetului este acoperită prin prezența unui medic de specialitate, medicină fizică și de reabilitare.
7. Cabinetele medicale de specialitate din specialitatea clinică de medicină fizică și de reabilitare își stabilesc programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minim 35 de ore pe săptămână și minim 5 zile pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu CASJ Gorj.
8. În cazul în care documentele nu se vor transmite semnate electronic nu se vor accepta la contractare. Adresa de e-mail unde vor putea fi transmise documentele și care va fi funcțională începând cu data de 26.03.2018 este: contractare_reca@casgorj.ro

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



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

**INTOCMIT,
EC. BULUGEAN LAVINIA**

FURNIZOR:

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 pentru specialitatea clinica medicina fizica si de reabilitare pentru anul 2018.

Data

.....

Semnătura

.....

Domnului Președinte-Director General al CASJ Gorj

FURNIZOR.....
 APARATURA DIN DOTARE

Nr. Crt	Denumire aparat	Act deținere				Tip aparat	Numar canale aparat
		Numar și serie	Data fabricației	Tip act	Nr. act		

Nota: Se vor declara in anexa aparatele pentru care sunt indeplinite urmatoarele conditii prevazute de legislatia in vigoare:
 * Furnizorul poate face dovada deținerii legale a aparatului prin documente conforme și în termen de valabilitate;
 * Furnizorul detine documentele din care să reiasă anul fabricației, seria și numărul, numărul de canale și numărul de bolnavi care pot face terapie simultan cu aparatul/aparatele respective
 * Aparatele au înscrise pe ele seria și numărul și furnizorul detine fișele tehnice conforme și în termen de valabilitate ale acestora.
 * Aparatele sunt în perfectă stare de funcționare certificată cu documentele care atestă verificarea parametrilor funcționali în termenul prevăzut de lege .
 * Aparatele sunt considerate cu 2,3 sau 4 canale numai dacă permit efectuarea terapiei la 2,3 respectiv 4 bolnavi în același timp.

Bifati cu " X " condițiile la care se încadrează sala de kinetoterapie și bazinul de hidrokinetoterapie:

SALA KINETOTERAPIE
Suprafața utilă între 8-15 mp
suprafata utila între 16-30 mp
suprafata utila peste 30 mp , folosita exclusiv pentru furnizarea de servicii de kinetoterapie
Bazin hidrokinetoterapie
Volum bazin între 30-40 mc
Volum bazin între 40-60 mc
Volum bazin peste 60 mc

Sala de Kinetoterapie are :

Dotare corespunzatoare Ordinului MSP 153/2003 cu modificarile si completarile ulterioare

Dotare superioara Ordinului MSP 153/2003 cu modificarile si completarile ulterioare

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor
 Reprezentant legal
 Nume și prenume, semnătură

Data :

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	Marți	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 și ștampila)

FURNIZORUL

STRUCTURA DE PERSONAL

MEDICI

Nr crt.	Nume si prenume	CNP	Cod parafă	Specialitatea	Grad profesional	Program de lucru pe zile si ore

Nota: Toată durata programului de lucru declarat al cabinetului și al bazei de tratament va fi acoperită prin prezența unui medic de specialitate de recuperare, medicină fizică și balneologie.

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

Nume și prenume, semnătură

**STRUCTURA DE PERSONAL
ASISTENTE MEDICALE, FIZIOKINETOTERAPEUTI, KINETOTERAPEUTI, PROFESORI CFM, MASEURI, BAIESI**

Nr Crt.	Nume si prenume	CNP	Specialitatea	Program de lucru pe zile si ore

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

Reprezentant legal
Nume și prenume, semnătură

Furnizor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare:

.....

Sediul social/Adresa fiscală

.....

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a), 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 am /nu am contract de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Data

.....

Reprezentant legal

(semnătura și 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 2018.

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

-mă oblig să notific C.A.S. Gorj despre modificarea oricareia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinesc în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract.

DATA

SEMNATURA

FURNIZOR :

**OFERTA DE SERVICII MEDICALE DE
MEDICINA FIZICA SI DE REABILITARE
PENTRU ANUL 2018**

Tipul serviciului	Numărul de servicii – consultații/zile de tratament negociat (orientativ)	Tariful pe Serviciu medical – consultație*)/zile de tratament*)	Valoare - lei -
0	1	2	3=1x2
Servicii medicale- Consultații medic specialist		20	
Servicii medicale- Consultații medic primar		24	
Servicii medicale- Consultații medic specialist cu Proceduri		40	
Servicii medicale- Consultații medic primar cu Proceduri		48	
Zile de tratament aferente seriilor de proceduri		28	
Zile de tratament aferente seriilor de proceduri (cu masaj sau kinetoterapie)		42	
		TOTAL	

*) Tariful pe serviciu medical - consultație și tariful/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare sunt cele prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul a H.G. nr./2018 și au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații și numărului de zile de tratament pentru seria de proceduri specifice de , medicină fizică și de reabilitare.

Nume si prenume reprezentant legal:

Data:

Semnatura:

FURNIZOR:

Sală de kinetoterapie

Dotare minima obligatorie (conform Ord. 153/2003 cu modificarile si completarile ulterioare):

Bifati cu "X" casutele corespunzatoare.

Condiții de spațiu:

- suprafața utilă a sălii va asigura cel puțin 4,5-5 m² pentru fiecare pacient;
- sala va avea aerisire naturală directă, cât mai eficientă;
- pardoseală caldă (parchet sau scândură) sau mochetă pe beton cu strat amortizor;
- cabină de duș (cu apă caldă permanentă) și WC;
- spațiu separat pentru dezbrăcat-îmbrăcat.

Dotări specifice:

- 1 spalier;
- 2 saltele;
- 1 oglindă de perete;
- 1 masă kineto simplă;
- 1 bancă;
- 2 instalații-montaje scripete cu contragreutăți;
- greutăți de diverse mărimi, bastoane, arcuri, cordoane elastice;
- minimum 3-4 dispozitive pentru recuperare funcțională din grupa "dispozitive ajutătoare" (de exemplu: Pedalier, planșetă basculantă, giroplan, levier pentru cvadriceps, roată și scăriță pentru umăr, placă canadiană, placă pentru abilitățile mâinii etc.);
- cântar pentru persoane.

Dotări pentru urgență:

- aparat de măsurat tensiunea arterială;
- trusă de urgență:
 - 2-3 tipuri de mărimi de atele;
 - feși simple și feși elastice;
 - pansamente sterile;
 - dezinfectante (alcool, iod, unguent cu antibiotic);
 - 2-3 tipuri de medicație antialgică administrabilă oral sau rectal (algocalmin, piafen, paracetamol etc., câte 10 bucăți);
- 1 spray cu bronhodilatator (salbutamol, berotec);
- nitroglicerină, 10 tablete;
- nifedipin (simplu nu retard), 10 tablete, pentru administrarea sublinguală;
- furosemid, 10 tablete;
- atenolol sau metoprolol, 10 tablete.

Reprezentant legal

Semnatura

DECLARATIE,

Subsemnatul (a) , în calitate de medic / asistent medical / kinetoterapeut / fiziokinetoterapeut / profesor cultura fizica medicala / maseur , cunoscand prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul in declaratii, declar pe propria raspundere ca desfasor activitate medicala , intr-o forma legala de exercitare a profesiei , la urmatorii furnizori de servicii medicale , cu urmatorul program de lucru:

1. Denumire furnizor de servicii medicale:

Program zilnic de lucru :

LUNI	MARTI	MIERCURI	JOI	VINERI	SAMBATA	DUMINICA

2.Denumire furnizor de servicii medicale:

Program zilnic de lucru :

LUNI	MARTI	MIERCURI	JOI	VINERI	SAMBATA	DUMINICA

3.Denumire furnizor de servicii medicale:

Program zilnic de lucru :

LUNI	MARTI	MIERCURI	JOI	VINERI	SAMBATA	DUMINICA

DATA

SEMNATURA / PARAFA (PENTRU .MEDIC)

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 aceluiași furnizor , în scopul obținerii de către acestia/personalul care își desfășoară activitatea la acestia de foloase/beneficii de orice natură , care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casa de asigurări de sănătate .

DATA

SEMNATURA