



CAS IALOMIȚA

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE IALOMIȚA
SLOBOZIA, str. MATEI BASARAB, nr. 175, cod 8400
Telefon: 0243/ 231665; FAX : 0243/232750



Director General
ESPERANZA STAN

Se aproba,

Director Executiv D.R.C.,
ec. Anda BUSUIOC

DOCUMENTELE NECESARE IN VEDEREA CONTRACTĂRII 2023
Furnizori de dispozitive medicale

Acte normative:

- HG nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate publicata în Monitorul Oficial, Partea I, nr.466/2023
- Ordinului MS și al Președintelui CNAS nr. 1857/441/30.05.2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii de Guvern nr. HG nr.521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

Conditii de eligibilitate:

Contractul de furnizare de dispozitive medicale, se încheie între furnizorul de dispozitive medicale, prin reprezentantul legal sau împuternicitul legal al acestuia, după caz, și casa de asigurări de sănătate, pe baza următoarelor documente:

a) cerere/solicitare pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

b) dovada de evaluare pentru sediul social lucrativ și pentru punctele de lucru, după caz, pentru furnizorii care au această obligație conform prevederilor legale în vigoare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația 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 dorește să intre în relație contractuală.

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

d) certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare și certificatul de înscriere de mențiuni cu evidențierea reprezentantului legal și a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activități pentru care se solicită intrarea în contract cu casa de asigurări de sănătate, dacă este cazul, sau actul de înființare conform prevederilor legale în vigoare;

e) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;

f) certificatul/certIFICATELE de înregistrare ale dispozitivelor medicale, emis/emise de Ministerul Sănătății/Agencia Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, ori documentele de înregistrare dintr-un stat membru din Spațiul Economic European

și/sau declarația/declarațiile de conformitate CE, emisă/emise de producător — traduse de un traducător autorizat.

- g) avizul de funcționare emis conform prevederilor legale în vigoare, după caz;
- h) 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;
- i) lista prețurilor de vânzare cu amănuntul și/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele medicale, prevăzute în contractul de furnizare încheiat cu casa de asigurări de sănătate (cea transmisă și la CNAS pentru stabilirea prețurilor de referință și care nu poate fi modificată pe parcursul derulării contractului) ; În conformitate cu art. 167, lit.f din HG 521/2023 furnizorii au obligația:

„ să nu modifice prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale transmise/depuse la contractare potrivit prevederilor art. 166 alin. (1) lit. i), cu excepția perioadei de contractare anuală organizată de casele de asigurări de sănătate potrivit art. 197 alin. (1);”

- j) lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar, după caz, care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului ANEXA 49(A, B, C) cu precizarea ca:

în conformitate cu HG 521/2023 – art. 215: ” *Programul de lucru al personalului de specialitate medical, farmaceutic și medico-sanitar care își desfășoară activitatea sub incidența unuia sau mai multor contracte de furnizare de servicii medicale sau medicamente în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, nu poate fi mai mare de o normă și jumătate, indiferent de forma legală în care își desfășoară activitatea la furnizor/furnizori de servicii medicale sau medicamente aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.*”

în acest sens, pentru fiecare dintre categoriile de persoane de mai sus , se va depune o declarație pe proprie răspundere conform modelului anexat;

- k) programul de lucru, conform modelului prevăzut în norme ANEXA 45
 1. sediul social lucrativ;
 2. punctul de lucru;
- l) copie de pe actul constitutiv;
- m) împuternicire legalizată pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relația cu casa de asigurări de sănătate, după caz;
- n) declarație a reprezentantului legal al furnizorului conform căreia toate dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive pentru care se solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate corespund denumirii și tipului de dispozitiv prevăzut în pachetul de bază și respectă condițiile de acordare prevăzute în prezentul contract-cadru și în norme;
- o) declarația reprezentantului legal cf art.207 din HG nr.521/2023
- p) Datele de contact adresa, telefon fax și email pentru sediu social și punctele de lucru.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului, iar acele copii după exemplarele originale vor purta sintagma,,conform cu originalul,,. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor.

cu excepția documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.

(4) Documentele depuse în dosare vor fi numerotate, însoțite de OPIS cu specificatia în OPIS a paginii la care se regăsește documentul.

Dosarele vor fi depuse electronic doar pe adresa de email paraclinic@casil.ro.

Pentru relații suplimentare privind componenta dosarelor de contractare vă puteți adresa consilierului din cadrul Direcției Relații Contractuale – Mariana Iancu – tel: 0243231665, 0243/232664, interior 124:

**TERMENUL LIMITA DE DEPUNEREA DOCUMENTELOR
16.06.2023**

Denumire Furnizor de Dispozitive Medicale _____

Nr. _____ / _____

DOAMNA DIRECTOR GENERAL,

Subsemnatul/a _____, reprezentant legal/imputernicit notarial al _____ cu certificat de inregistrare cu codul unic de inregistrare , nr. _____, sau actul de infiintare sau organizare a unitatii, avizul de functionare nr. _____, avand sediul in municipiul/orasul _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, judetul _____, telefon/fax _____, email _____, si punct/puncte de lucru din judet(cu informatiile solicitate anterior, dupa caz), avand contul nr. _____, deschis la Trezoreria statului, codul unic de inregistrare nr. _____, dovada de evaluare nr. _____, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data contractarii nr. _____,

va rog sa aprobatii direct sau prin imputernicit legal _____ încheierea contractului de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficient organice sau functionale in ambulatoriu, cu CJAS Ialomita pe anul 2023.

LISTA dispozitivele medicale furnizate prin in conformitate cu prevederile cuprinse în Anexa nr.38 la Ordinul Ministrului sanatatii si al Presedintelui CNAS nr.1857/441/30.05.2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2023 al H.G. nr.521/2023 :

- a)
- b)
- c)

Lista dispozitivelor medicale se va detalia pe categorii, denumiri si tipuri.

Declar pe proprie raspundere urmatoarele:

1. Indeplinesc conditiile de eligibilitate prevazute de actele normative in vigoare.
2. Documentele depuse anterior actualei sesiuni de contractare privind furnizorul de servicii medicale, personalul medical, certificarile specifice fiecarui tip de furnizor, sunt in termen de valabilitate.
3. Documentele care au stat la baza emiterii deciziei de evaluare sunt in termen de valabilitate.
4. In situatia in care unul din documentele care au stat la baza procesului de evaluare si contractare expira, ma oblig sa-l depun actualizat.
5. In perioada de valabilitate a contractului ma oblig sa fac toate demersurile legale pentru a prelungi (reaviza) documentele care au stat la baza incheierii contractului.

Anexez alaturat documentatia prevazuta de actele normative in vigoare , conform OPIS.

Declar pe proprie raspundere, sub sanctiunile prevazute de art. 474 din Codul penal privind falsul in declaratii si uzul de fals, ca documentele depuse sunt conform cu realitatea si in termen de valabilitate.

Reprezentant legal,
Nume si prenume _____
SEMNATURA ELECTRONICA

Furnizor de dispozitive medicale,

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, toate dispozitivele medicale, pentru care se transmit prețurile de vânzare cu amănuntul/sumele de închiriere, se regăsesc în certificatele de înregistrare emise de către Ministerul Sănătății/Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România ori în documentele de înregistrare dintr-un stat membru din Spațiul Economic European și/sau în declarațiile de conformitate CE emise de producători, după caz, identificate în declarație cu numerele de înregistrare aferente acestor documente, pentru fiecare dispozitiv medical, conform tabelului de mai jos:

Categorie de dispozitive medicale

Nr. crt.	Denumire	Tip	Preț de vânzare cu amănuntul	Suma de închiriere	Nr. Certificat de înregistrare/ document de înregistrare dintr-un stat membru din Spațiul Economic European	Declarație de conformitate CE
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6

Data

.....

Reprezentant legal:

nume și prenume

semnătura

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	Martți	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.

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

Data

Reprezentant legal
(semnatura electronica)
.....

**A. STRUCTURA DE PERSONAL
CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRATĂ ÎN CONTRACT ȘI SĂ FUNCȚIONEZE SUB INCIDENȚA ACESTUIA**

NUME ȘI PRENUME	CNP	CI	Cod parafa (după caz)	Certificat/Autorizație de liberă practică		Specialitatea **	Atestat de studii complementare		Grad profesional				Asigurare de răspundere civilă				Documentul care atestă forma de angajare la furnizor				Program de lucru/zi (interval orar: ora de început- ora de final)***	Total ore/ săptămâna		
				Număr	Data eliberării		Data Expirării ****	Denumirea studiilor	Din DATA	Grad profesional	Din DATA	Număr	Valoare	Data eliberării	Data expirării	Tip contract (CIM/PFA/PFI,e tc.)	Număr contract	Din DATA						

* se completează pentru toate categoriile de personal care intră sub incidența contractului (medici, biologi medicali/biologi, chimiști medicali/chimiști, biochimiști medicali/biochimiști, fizicieni, bioingineri, cercetători științifici în anatomie-patologică, absolvenți colegiu imagistică medicală, fizioterapeuți, psihologi, etc)

*** se completează în situația în care un medic are mai multe specialități confirmate prin ordin al ministrului

**** programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidențiază și sărbătorile legale

***** se completează cu data expirării avizului anual

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediul lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte.

Programul de lucru al personalului de specialitate care își desfășoară activitatea la furnizor trebuie să fie în concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediul lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru.

Răspundem de legalitatea, realitatea și exactitatea datelor sus menționate

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....
semnătură electronică extinsă/calificată

B. STRUCTURA DE PERSONAL
PERSONAL MEDICO-SANITAR (ASISTENTA/SORĂ MEDICALĂ/MOAȘĂ) -
CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ȘI SĂ FUNCȚIONEZE SUB INCIDENȚA ACESTUIA

Nr. crt	Nume și Prenume	CNP	CI	Certificat eliberat de organizația profesională			Asigurare de răspundere civilă				Documentul care atestă forma de angajare la furnizor			PROGRAM DE LUCRU/ZI (interval orar- ora de început- ora de final)*	Total ore/săptămâna	
				Număr	Data eliberării	Data expirării	Număr	Valoare	Data eliberării	Data expirării	Tip contract (CIM/PFA/PFI,etc.)	Număr contract	Din data			

*programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidențiază și sărbătorile legale

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediul lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte.

Programul de lucru al personalului de specialitate care își desfășoară activitatea trebuie să fie în concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediul lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru

Răspundem de legalitatea, realitatea și exactitatea datelor sus menționate

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

semnătură electronică extinsă/calificată

C. STRUCTURA PERSONAL
PERSONAL CONEX CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ȘI SĂ FUNCȚIONAZE SUB INCIDENȚA ACESTUIA

NR. CRT.	NUME ȘI PRENUME	CNP	CI	Aviz /Atestat de liberă practică		Atestat de studii complementare *		Documentul care atestă forma de angajare la furnizor			PROGRAM DE LUCRU/ZI (interval orar-ora de început-ora de final)**
				Data eliberării	Data expirării	Denumirea studiilor complementare	Din data	Tip contract (CIM/PEA/PFI,ETC)	Număr contract	Din data	

* atestat de studii complementare se completează doar în cazul asistenților medicale unde se solicită

** programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidențiază și sărbătorile legale

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediul lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte:

Programul de lucru al personalului de specialitate care își desfășoară activitatea trebuie să fie în concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediul lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru.

Răspundem de legalitatea, realitatea și exactitatea datelor sus menționate

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

semnătură electronică extinsă/calificată

DECLARATIE PERSONAL
medical, farmaceutic și medico-sanitar
privind PROGRAMUL de LUCRU si UNITATILE
unde desfasora activitate medicala

Subsemnatul _____, CNP _____, Specialitatea _____, declar pe proprie raspundere ca la data prezentei desfasor activitate medicala in urmatoarele unitati sanitare, cabinet medicale, societati cu activitate medicala, etc.

Nr.crt	Unitatea medicala	Tipul unitatii sanitare (spital, ambulatoriu, integrat, privat, dispozitive medicale, etc.)	Unitatea sanitara afla contract cu o casa asigurari sanatare (DA/NU)	Program de lucru/nr.ore/zi in identificarea frecventei acordarii serviciilor: de zilnic sau zilele in care acestea sunt acordate)	Program de lucru (cu interval orar)
1.					

TOTAL NORME(MEDIE) / ZI = _____

PRECIZARE:

Programul de lucru al personalului de specialitate medical, farmaceutic și medico-sanitar care își desfășoară activitate de protezare la mai multi furnizori de dispozitive medicale sau puncte de lucru ale acestora în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, **nu poate fi mai mare de o normă și jumătate, indiferent** de forma legală în care își desfășoară activitatea la furnizor/furnizori de servicii medicale sau medicamente aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Data _____

Semnatura

Furnizor de servicii medicale.....

Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE

Conform art.207 al.2 din HG nr.521/2023

Subsemnatul(a), legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform Codului penal, declar pe propria răspundere că în prezent nu am încheiat și nu voi încheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu casele 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 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 casele de asigurări de sănătate.

Data

.....

Reprezentant legal

(semnatura electronica)

.....

Furnizor de servicii medicale.....

Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE

valabilitate documente evaluare si contractare

Subsemnatul(a), in calitate de reprezentant legal al furnizorului, cod fiscal..... declar pe propria raspundere ca documentele care au stat la baza emiterii deciziilor de evaluare si a documentelor necesare incheierii si derularii contractului, depuse anterior la sediul CAS Ialomita, sunt in termen de valabilitate la data incheierii contractului pentru anul 2023.

Data

.....

Reprezentant legal

(semnatura electronica)

.....