ACTE NECESARE PENTRU CONTRACTUL DE FURNIZARE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU PENTRU SPECIALITĂŢILE CLINICE PENTRU ANUL 2016

OPIS

1. *** cerere/solicitare pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate**
2. ** cont deschis la Trezoreria statului sau cont deschis la Banca
3. ** codul de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare sau cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal;
4. * Certificatul de inregistrare in Registrul Unic al Cabinetelor Medicale de la DSP
5. ** autorizatia sanitara de functionare
6. ** dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului,
7. ** dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care este înregistrat în contract şi funcţionează sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
8. ** dovada de evaluare a furnizorului , valabilă la data încheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;
9. *** dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare (certificat fiscal)**

DACA ESTE CAZUL

10. *act/acte doveditor/doveditoare privind relaţia contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice şi furnizorul de servicii conexe actului medical , din care să reiasă şi calitatea de prestator de servicii în cabinetul de practică organizat conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, şi, după caz, conform Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare;
11. * actele doveditoare care să conţină: datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii de sănătate conexe actului medical :cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) ,avizul de liberă practică , atestat de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România , tipul serviciilor furnizate şi programul de activitate pentru persoanele care prestează servicii conexe actului medical (daca este cazul):
    - pentru psihologi se va prezenta şi certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform Legii nr. 213/2004;
12. ** certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic valabil la data încheierii contractului
13. ** copie a documentului care atesta gradul profesional pentru medici;
14. ** certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar valabil la data încheierii contractului,
15. ** copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor (contracte de munca /contracte de prestari servicii /conventii civile)*** REVISAL

16. ** copie a actului de identitate pentru medici şi personalul mediu sanitar ***
17. * programul de activitate al cabinetului şi punctului de lucru (Anexa 45)
18. * Tabel cu personalul medico-sanitar (conform ANEXA 1)
18.* **DECLARATIE TIP OBLIGATORIE** –
(1) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma «conform cu originalul» şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit şi în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

NOTA 1

1. Documentele solicitate vor fi depuse obligatoriu în dosar în ordinea menţionată în opis;
2. Toate documentele vor fi depuse în format electronic , cu semnatura electronica extinsa;
3. Toate documentele trebuie să fie în termen de valabilitate la data contractării;
4. Dosarele incomplete sau documentele care un respectă formatul solicitat de catre CAS Neamt şi/sau un sunt în termen de valabilitate un pot fi validate. Invalidarea unor documente conduce la respingerea dosarului de contractare ..

Pentru activităţi conexe:

5. furnizorii care doresc să contracteze servicii conexe activităţii medicale vor depune documentele privind personalul şi contractul încheiat în acest sens, separat într-o folie protectoare distinctă în dosarul de contractare.

NOTA 3

Furnizorii care doresc să contracteze servicii paraclinice-ecografii ,vor depune şi documente în conformitate cu opisul specific la PARACLINIC –IMAGISTICA MEDICALA.

NU SE PRIMESC DOSARE INCOMPLETE

Denumirea furnizorului.....

Sediul social / Adresa fiscala.....

Tel./Fax: .....e-mail: .....

Catre,

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE NEAMT

Subsemnatul (a).....
legitimat cu B.I./C.I. seria....., nr....., in calitate de reprezentant legal al .....
.....
cod fiscal ....., solicit prin prezenta, incheierea contractului de furnizare de servicii medicale clinice in Sistemul Asigurarilor Sociale de Sanatate, pentru anul 2016, cu CAS Neamt.

Anexez dosarul cu documentele solicitate, conform opis-ului.

Data

.....

Reprezentant legal

(semnatura si stampila)

.....

Domnei Presedinte-Director General al Casei de Asigurari de Sanatate a jud. Neamt

Denumirea
Furnizorului .....
Sediulsocial/ Adresa fiscala .....
.....

DECLARAŢIE DE PROGRAM
- model -

punct de lucru .....
Subsemnatul (a), ... B.I./C.I. seria ...., nr..... , în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere ca programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate ..... se desfăşoară astfel:

Locatia unde se desfasoara activitate	Adresa	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate Neamt							
		Luni	*Marti*	*Miercuri*	*Joi*	*Vineri*	*Sambata*	*Duminica*	*Sarbatori legale*
Sediu social									
Punct de lucru*									

- *se va completa în funcţie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situaţia în care furnizorul are mai multe punte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menţionează distinct cu programul de lucru aferent.*

Data :

Reprezentant legal

(semnatura si stampila)

ANEXA 1

FURNIZOR.. .....

PERSONAL MEDICO-SANITAR ANGAJAT (MEDICI SI ASISTENTI)

Nr crt.	Nume si prenume	CNP	BI/CI		Certificat membru CMR/OAMDR				Asigurare malpraxis				Contract munca/Contract prestari servicii		cod parafa	Specialitatea	Grad profesional
			Serie	Nr.	Nr.	Serie	Data eliberării	Data expirarii	Nr	Valabilă de la	Valabilă până la	valoare	Nr contract	Tip contract			

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

Nume și prenume, semnătură, ștampilă

Data întocmirii

DECLARAŢIE

Subsemnatul (a)....., în calitate de reprezentant legal al ..... cunoscând prevederile legale referitoare la falsul în declaraţii, declar pe proprie răspundere că nu am încheiat sau nu voi încheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu CAS Neamţ, convenţii sau alte tipuri de înţelegeri cu alţi furnizori care se află în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiaşi furnizor, în scopul obţinerii de către aceştia/personalul care îşi desfăşoară activitatea la aceştia de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Semnătura

..... Data.....

ANEXA 8 A
- model -

Furnizor de servicii medicale .....
Medic .....
Specialitatea .....
Contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....
Nr. contract .....

FIŞA DE MONITORIZARE
în cazul bolnavilor cronici în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice și recuperare, medicină fizică i balneologie

Nume: ..... Prenume: .....
Data naşterii:
.....

Cod numeric personal: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Cod unic de asigurare: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Sex: M/F
Adresa: .....
Diagnostic: .....
Data luării în evidență: .....
Comorbidități: .....
Factori de risc: .....

Data programării Examinări clinice	Data realizării	Concluzii/Recomandări/Tratament	Semnătura, parafa și ștampila

Investigații paraclinice

Tip investigație	Data programării	Rezultat/Data efectuării/Concluzii	Semnătura, parafa și ștampila

ANEXA 43
- MODEL -

Denumire Furnizor .....
Medic .....
Contract/convenție nr. .....
CAS .....

SCRISOARE MEDICALĂ*)

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că ....., născut la data de ....., CNP/cod unic de asigurare ....., a fost consultat în serviciul nostru la data de ..... nr. F.O./nr. din Registrul de consultații .....

Motivele prezentării

.....

.....

Diagnosticul:

.....

.....

.....

.....

Anamneza:

.....

- factori de risc

.....

.....

Examen clinic:

- general

.....

.....

- local

.....

.....

Examene de laborator:

- cu valori normale

.....

.....

- cu valori patologice

.....

.....

Examene paraclinice:

EKG

.....

ECO

.....

Rx

.....

Altele

.....

.....

Tratament efectuat:

.....

.....

.....

Alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului:

.....

.....

.....

Tratament recomandat

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Indicație de revenire pentru internare

- |_| da, revine pentru internare în termen de.....

- |_| nu, nu este necesară revenirea pentru internare

Se completează obligatoriu una din cele trei informații:

- |_| S-a eliberat prescripție medicală, caz în care se va înscrie seria și numărul acesteia

- |_| Nu s-a eliberat prescripție medicală deoarece nu a fost necesar

- |_| Nu s-a eliberat prescripție medicală

Se completează obligatoriu una din cele trei informații:

- |_| S-a eliberat concediu medical la externare, caz în care se va înscrie seria și numărul acestuia

- |_| Nu s-a eliberat concediu medical la externare deoarece nu a fost necesar

- |_| Nu s-a eliberat concediu medical la externare

Se completează obligatoriu una din cele două informații:

- |_| S-a eliberat recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu

- |_| Nu s-a eliberat recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu, deoarece nu a fost necesar

Se completează obligatoriu una din cele două informații:

- |_| S-a eliberat prescripție medicală pentru dispozitive medicale în ambulatoriu

- |_| Nu s-a eliberat prescripție medicală pentru dispozitive medicale în ambulatoriu deoarece nu a fost necesar

(cu viza Unității județene de implementare a programului, pentru diabet)

Unitate județeană de diabet zaharat:	
Nr. înregistrare a asiguratului:	

Data .....

Semnătura și parafa medicului
.....

Calea de transmitere:
- prin asigurat
- prin poștă .....

---

*) Scrisoarea medicală se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultația/serviciul în ambulatoriul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

Scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului;