OPIS DOCUMENTE
PENTRU FURNIZORII DE DISPOZITIVE MEDICALE PENTRU RECUPERARE DISFUNCTIONALITATI ORGANICE SI FUNCTIONALE

1. Cerere/solicitare pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate NEAMT

2. Certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare şi certificatul de înscriere de menţiuni cu evidenţierea reprezentantului legal şi a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activităţi pentru care se solicită intrarea în contract cu casa de asigurări de sănătate, dacă este cazul, sau actul de înfiinţare conform prevederilor legale în vigoare

3. Contul deschis la Trezoreria Statului/bancă

4. Dovada de evaluare, pentru sediul social lucrativ şi pentru punctele de lucru, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului

5. Certificatul/certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale, emis/emise de Ministerul Sănătăţii, şi/sau declaraţia/declaraţiile de conformitate CE, emisă/emise de producător - traduse de un traducător autorizat, dupa caz

6. Avizul de funcţionare emis, după caz, de Ministerul Sănătăţii

7. Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului

8. Lista preţurilor de vânzare cu amănuntul şi/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele prevăzute în contractul de furnizare de dispozitive medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate, pe suport de hârtie şi în format electronic

9. Dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii pentru cei care au această obligaţie legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare şi care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate

10. Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-1 care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligaţia de a funcţiona cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului

11. Copie de pe actul constitutiv
12. Programul de lucru
    1. sediul social lucrativ;
    2. punctul de lucru;
13. Imputernicire legalizată pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relaţia cu casa de asigurări de sănătate, după caz

14. Copie de pe buletin/cartea de identitate al/a reprezentantului legal/împuternicitului furnizorului şi datele de contact ale acestuia
15 Declaratie pe proprie raspundere furnizor

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

Nota: Dosarul trebuie sa contina obligatoriu toate documentele de mai sus, in ordinea enumerarii, chiar daca sunt in termenul de valabilitate si au mai fost trimise.

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.....

Denumirea furnizorului.....

.....

Sediul social / Adresa fiscala.....

.....

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, prelungirea contractului de furnizare de dispozitive medicale pentru recuperare disfunctionalitati organice sau functionale, in Sistemul Asigurarilor Sociale de Sanatate, pentru anul 2016, cu CAS NEAMȚ.

Anexez dosarul cu documentele solicitate, conform opis-ului.

Data

Reprezentant legal

.....

(semnatura si stampila)

Domnului Presedinte-Director General al Casei de Asigurari de Sanatate NEAMT

ANEXA 39 D
- model -

PRESCRIPȚIE MEDICALĂ - RECOMANDARE PRIVIND ACORDAREA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE

Nr. ...../.....*)

Unitatea medicală ..... |_| MF
Adresa.....

|_| Ambulatoriu

|_| Spital

Stat membru: ROMÂNIA
CUI .....
Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....
(pentru medicul care întocmește prescripția medicală - recomandarea)
Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate ..... se completează cu datele medicului de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital (numai pentru situațiile în care medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, întocmește prescripție medicală - recomandare)
Nume, prenume medic ..... Cod parafă medic .....
Specialitatea medicului prescriptor .....
Date contact medic prescriptor:
- telefon/fax medic prescriptor .....
(se va completa inclusiv prefixul de țară)
- e-mail medic prescriptor .....

1. Numele și prenumele asiguratului .....
(se va completa în întregime numele și prenumele asiguratului)
2. Data Nașterii .....
3. Domiciliul .....
4. Codul numeric personal/cod unic de asigurare al asiguratului .....
5. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate: .....
6. Deficiența organică sau funcțională

- nu este ca urmare a unei boli profesionale |_| (se bifează căsuța)

- nu este ca urmare a unui accident de muncă ori sportiv. |_| (se bifează căsuța)
7. Pentru stomii și incontinență urinară se bifează una din căsuțele:

|_| permanentă

|_| temporară
8. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie se bifează una dintre căsuțele:

- cu certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat |_|

- fără certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat |_|

9. Denumirea și tipul dispozitivului medical recomandat:
(din anexa nr. 38 la ordin**)
.....
.....
Ștampila furnizorului de servicii medicale

Data emiterii prescripției .....

Semnătura (olografă sau electronică, după caz) și parafa medicului
.....

---

*) Se va completa cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație

**) Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2016 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017.

Recomandarea se eliberează numai dacă deficiența organică sau funcțională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.