ACTE NECESARE PENTRU CONTRACTUL DE FURNIZARE SERVICII MEDICALE DE RECUPERARE-REABILITARE IN AMBULATORIU

PENTRU ANUL 2016

OPIS

1. *	**cerere tip/ solicitarea pentru intrarea in relatie contractuala cu Casa de Asigurari de Sanatate NEAMT ***
2.	Cetificat de inregistrare in Registrul Unic al Cabinetelor Medicale/Act de infiintare si Autorizatia sanitara de functionare care sa ateste ca furnizorul presteaza activitatile contractate.
3. **	dovada de evaluare a furnizorului valabilă la data încheierii contractului;**
4. **	cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare , sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal **
5. **	cont deschis la Trezoreria statului, sau cont deschis la Banca
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 funcţionează sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
8. *	**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 ***
9. *	programul de lucru al furnizorului (anexa 45)
10. *	• **lista personalului medico-sanitar care îşi exercită profesia la furnizor si programul de lucru conform sablonului 1** • **lista cu tipul si nr.de aparate aflate in dotare conform sablonului 2 si 3**
11. *	**copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor –(contract de munca – cu nr.de ore-inregistrat in REVISAL, contract colaborare).**
12. *	certificat de membru al Colegiului Medicilor din România vizat pe anul 2016 (pentru fiecare medic, valabil pe toata perioada derularii contractului)
13. *	**certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. (pentru personalul mediu sanitar)vizat pe anul 2016**
14. *	**autorizaţie de liberă practică ,după caz**
15. *	**copie a actului de identitate (BI/CI) pentru medici şi personalul mediu sanitar**
16. *	copie a documentului care atesta gradul profesional pentru medici, , fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală, asistent balneofizioterapie , masseur
17.	**copie certificat de libera practica pentru fiziokinetoterapeut/ kinetoterapeut, eliberat conform prevederilor legale**
18. *	***declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate*** **(modelul din anexa nr. 11A)**
19. **	Imputernicire legalizata pentru persoana desemnata ca imputernicit legal in relatia cu CAS –NEAMT **

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 B.F.T., 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 11 A
- model -

Furnizor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică □i balneologie.....
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 pedepseşte conform

legii, declar pe propria răspundere că am |_|/nu am |_| contract de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică □i balneologie şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale şi Autorității Judecătoreşti.

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura şi ştampila)

.....

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 specialităţile clinice şi recuperare, medicină fizică şi balneologie

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

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

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

Data programării Examinări clinice	Data realizării	Concluzii/Recomandări/Tratament	Semnătura, parafa şi ştampila

Investigaţii paraclinice

Tip investigaţie	Data programării	Rezultat/Data efectuării/Concluzii	Semnătura, parafa şi ştampila