

**ACTE NECESARE PENTRU CONTRACTUL DE FURNIZARE
SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ
OPIS 2016**

Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorul de servicii medicale și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal, pe baza următoarelor documente:

- 1) **cererea**(conform modelului)solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate **OBLIGATORIU**
- 2) **dovada de evaluare** a furnizorului, precum și a punctului de lucru secundar, **după caz**, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului + **declarație privind evaluarea (conform modelului) OBLIGATORIU pentru furnizorii vechi**
- 3) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii
- 4) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărții de identitate, după caz
- 5) **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
- 6) **dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul 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**, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului
- 7) **dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații, pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare.**
- 8) **certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului**
- 9) **certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical/soră medicală/moașă valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului;**
- 10) copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici
- 11) copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor (Contract de muncă + înregistrarea la Registrul salariaților (REVISAL) / contract prestări servicii pentru fiecare medic și asistent medical)
- 12) **programul de activitate al cabinetului și al punctului de lucru/punctului secundar de lucru (conform modelului) OBLIGATORIU-fara viza DSP**
- 13) **programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar(conform modelului) OBLIGATORIU**
- 14) **lista, în format electronic, cu persoanele înscrise pentru medicii nou-veniți și pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent; furnizorul prezintă lista cuprinzând persoanele înscrise la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, și listele cuprinzând persoanele înscrise la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale, în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale –email ;manuela@casnt.ro OBLIGATORIU**
- 15) **declarație pe propria răspundere privind corectitudinea listei persoanelor înscrise la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformității și valabilității acesteia; modelul unic de declarație este prevăzut în norme ANEXA 2B (conform modelului) OBLIGATORIU**
- 16) **lista, în format electronic a bolnavilor cu afecțiuni cronice conform evidenței organizate la nivelul cabinetului (conform modelului) ANEXA 2D- email : manuela@casnt.ro OBLIGATORIU**
- 17) A **Declarația reprezentantului legal** în care să specifice dacă mai are contract cu altă Casă de Asigurări de Sănătate și dacă medicii care au fost incluși în acest tip de contract mai figurează în alte tipuri de contracte încheiate cu CASNT / altă casă (conform modelului) **OBLIGATORIU**
- 17) B **Declarația reprezentantului legal** din care să rezulte că nu au încheiate sau nu încheie 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 (conform modelului) **OBLIGATORIU**
- 18) **Certificat de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale pentru furnizorii organizați conform OG 124 / 1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de forma lor de înființare și organizare - pentru toate punctele de lucru**
- 19) **Declarația îndeplinirea condițiilor de eligibilitate, conform MODELULUI, OBLIGATORIU**
- 20) **Autorizația sanitară de funcționare - pentru toate punctele de lucru (pentru toate formele de organizare)a CMI conform ORDINULUI 1030/2009**
- 21) **Numar de telefon, adresa e-mail, copie BI/CI pentru reprezentantul legal**

22) Date de contact ale furnizorului în vederea afisării pe site-ul CASNT (care se supun legislației privind informațiile publice): Adresa cabinet, telefon , email

NOTA 1

Vor depune la Contractare numai acele documente modificate sau expirate însoțite OBLIGATORIU de CERERE pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate (CERTIFICAT FISCAL, ADEVERINȚĂ privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate (0,85%)) valabile la data depunerii documentelor.

(1) Toate documentele depuse în copie, necesare încheierii contractelor, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma «conform cu originalul» și semnătura reprezentantului legal al furnizorului, pe fiecare pagină;

LISTA CU PERSOANE INSCRISE și LISTA CU BOLNAVII CRONICI se transmit în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului pe adresa de mail manuela@casnt.ro

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

NOTA 2

1. Documentele solicitate vor fi depuse obligatoriu în ordinea menționată în opis
2. Toate documentele vor fi depuse în formatul solicitat
3. Toate documentele trebuie să fie în termen de valabilitate la data încheierii contractului
4. Dosarele incomplete precum și documentele neconforme ca formă, conținut și valabilitate nu pot fi validate.

NOTA 3

Furnizorii care doresc să contracteze servicii paraclinice-ecografii și spirometrii vor depune separat și documente în conformitate cu opisul specific.

Atenție!!! Nedepunerea documentelor în forma solicitată și la termenul pot conduce la respingerea dosarului.

NOTA 4

FURNIZORII deja existenți în contract cu CAS Neamț vor depune OBLIGATORIU cele 5 DECLARAȚII conform modelelor și PROGRAMELE DE ACTIVITATE

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,incheierea
contractului de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara,
in Sistemul Asigurarilor Sociale de Sanatate, pentru anul 2016, cu CAS
NT.

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

DECLARAȚIE

Subsemnatul (a)....., în calitate de reprezentant legal al cunoscând prevederile legale referitoare la falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că nu am încheiat sau nu voi încheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu CAS Neamț, 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.

Semnătura

.....

Data.....

Furnizor de servicii medicale

Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE

Subsemnatul*1 (a) legitimat (a) 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 datele de identificare a persoanelor înscrise pe lista cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, depusă în format electronic la CASNT în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2016 este valabilă și conformă cu evidențele proprii existente la data de*2

Subsemnatul*3 (a) legitimat (a) 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 datele de identificare a persoanelor înscrise pe lista/listele cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale depusă/depuse în format electronic la CASNT în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2016 este valabilă și conformă cu evidențele proprii existente la data de*4..... , pentru următorii medici de familie:

.....

NOTĂ:

*1 Pentru cabinetele medicale individuale

*2, *4 Se va trece data la care a încetat termenul de valabilitate a contractului anterior

*3 Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale:

- cabinet asociat sau grupat

- societate civilă medicală

- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit Legii nr. 31/1990

privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare

Semnatura

Data

.....

Denumirea furnizorului.....

Sediul social / Adresa fiscala.....

DECLARATIE

Subsemnatul (a),
legitimat (a) cu B.I./C.I. seria, nr., in calitate de
reprezentant legal, cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform
legii, declar pe propria raspundere ca am / nu am contract și cu:

- Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Siguranței
Naționale și Autorității Judecătorești

Declar pe propria raspundere ca medicii care sunt inclusi in contractul cu
CASNT figureaza / nu figureaza in contract cu o alta casa de asigurari de
sanatate, respectiv:

- Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Siguranței
Naționale și Autorității Judecătorești

Declar pe propria raspundere ca medicii care sunt inclusi in contract
figureaza / nu figureaza in alt tip de contract cu CASNT. (specificati dupa
caz)

Data

.....

Reprezentant legal

(semnatura si stampila)

.....

Denumirea furnizorului.....
.....
Sediul social / Adresa fiscala.....
.....

DECLARATIE

Subsemnatul (a),,
legitimate (a) cu B.I./C.I. seria, nr., cunoscand ca
falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria
raspundere ca de la data ultimei evaluari nu au intervenit modificari
ale conditiilor care au stat la baza evaluarii, drept pentru care semnez
si raspund.

Data
.....

Reprezentant legal
(semnatura si stampila)

.....

Denumirea furnizorului
Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE

Subsemnatul (a), legitimat (ă) cu B.I./C.I. seria ..., nr., în calitate de reprezentant legal al, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că îndeplinesc/ nu îndeplinesc toate condițiile privind derularea relațiilor contractuale cu CAS Neamț (documente, condiții de eligibilitate, etc. conform dispozițiilor legale în vigoare).

Data

.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)

.....

Casa de asigurări de sănătate

 Furnizorul de servicii medicale

 Localitate
 Județ

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de familie/

(nume prenume)

CNP medic de familie/

LISTA PERSOANELOR CU AFECȚIUNI CRONICE PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE

Nr. crt.	Cod numeric personal/ Cod unic de asigurare/ Număr de identificare personal	Vârsta*)	Data intrării în evidența medicului de familie/
1. HTA			
1.			
2			
...			
2. Diabetul zaharat tip II			
1.			
2			
...			
3. Dislipidemie			
1.			
2			
...			
4. BPOC			
1.			
2			

...			
5. Astm bronșic			
1.			
2			
...			
6. Boală cronică de rinichi			
1.			
2			
...			

*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică. Pentru asigurații 0 - 1 an se va completa vârsta în luni.

NOTE:

1. În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.
2. În cazul medicului de familie, evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.
3. Formularul se transmite în format electronic la casa de asigurări de sănătate în vederea contractării, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale.
4. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,
.....

Data:

CAS Neamt

**- Lista inscrisilor la medicul VASILE VASILE cu parafa
la data**

Categoria: Neasigurat

Nr. crt.	CNP	Nume	Prenume	De la data	Pana la data
1					
2					
3					
4					
5					
.....					

data

Reprezentant legal,

.....

Denumirea
furnizorului

.....
Sediul social / Adresa
fiscala

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 Asigurari de Sanatate Neamț se desfășoară astfel:

Sediul social	Adresa	PROGRAM DE LUCRU ÎN CONTRACT CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE NEAMȚ							
		LUNI	MARȚI	MIERCURI	JOI	VINERI	SĂMBĂȚĂ	DUMINIC Ă	SĂRBĂTORI LEGALE
Locatia unde se desfasoara activitatea	cabinet								
	teren								
Medic angajat	cabinet								
	teren								
Punct de lucru*	cabinet								
	teren								

*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,

.....

Denumirea
furnizorului

DECLARAȚIE DE PROGRAM
PERSONAL MEDICAL

Sediu social	NUME PRENUME		PROGRAM DE LUCRU ÎN CONTRACT CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE NEAMT							
			LUNI	MARȚI	MIERCURI	JOI	VINERI	SĂMBĂȚĂ	DUMINICĂ	SĂRBĂTORI LEGALE
ASISTENT		cabinet								
		teren								
ASISTENT		cabinet								
		teren								
Punct de lucru*		cabinet								
		teren								

* Daca este cazul

Data

Reprezentant legal,