

**ACTE NECESARE PENTRU CONTRACTUL DE FURNIZARE DE
SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ
ÎN CADRUL ASIGURĂRILOR SOCIALE DE SĂNĂTATE - 2017
OPIS PENTRU FURNIZORII CARE LA DATA DE 31.03.2017
NU SE AFLĂ ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CASNT ȘI DORESC
INTRAREA ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CASMB ÎN ANUL 2017**

Dosarul se depune la sediul INSTITUTIEI -REGISTRATURA- parter

1) opis

2) Cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate (conform modelului ce se poate descărca / printa de pe site-ul CASMB)

3) 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 ce se poate descărca / printa de pe site-ul CASNT)

4) 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

5) Autorizația sanitară de funcționare - pentru toate punctele de lucru

6) Contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii

7) Codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărții de identitate, după caz

8) 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

9) 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

10) 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 și 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

- **Pentru persoanele juridice:** Certificat de atestare fiscală în termen de valabilitate la data depunerii cererii; dacă figurează cu debite, se va depune și dovada plății acestora - doar pentru asigurări sociale de sănătate și pentru concedii și indemnizații

- **Pentru CMI, SCM:** Certificat de atestare fiscală în termen de valabilitate la data depunerii cererii; dacă figurează cu debite, se va depune și dovada plății acestora - doar pentru contribuția la asigurări sociale de sănătate și pentru contribuția la concedii și indemnizații (aferea salariilor din cadrul CMI, SCM)

11) Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului

12) Certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical/soră medicală/moașă valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului

13) Copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici

14) 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)

15) 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

16) Lista în format electronic a bolnavilor cu afecțiuni cronice conform evidenței organizate la nivelul cabinetului (ANEXA 2D - conform modelului de pe site-ul CASNT)

17) 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 (conform modelului ce se poate descărca / printa de pe site-ul CASNT)

18) Declarația reprezentantului legal în care să specifice dacă mai are contract cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autorității Judecătorești și dacă medicii care au fost incluși în acest tip de contract mai figurează în alte tipuri de contracte încheiate cu CASMB (conform modelului ce se poate descărca / printa de pe site-ul CASNT)

19) Declarația reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale privind persoana desemnată de acesta pentru relația cu CASNT însoțită de o împuternicire legalizată (conform modelului ce se poate printa de pe site-ul CASNT)

20) Declarația pe propria răspundere a reprezentantului legal din care să rezulte că nu are 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 ce se poate descărca / printa de pe site-ul CASNT)

21) Declarația pe propria răspundere a reprezentantului legal ca îndeplinește condițiile de eligibilitate pentru derularea contractului

22) Declarația cu programul de activitate al cabinetului și al punctului de lucru (dacă este cazul), numele medicului, cabinet, teren (conform modelului ce se poate descărca / printa de pe site-ul CASNT)

23) Program de activitate pentru personalul medico-sanitar (asistenți) care activează în fiecare cabinet/ punct de lucru (conform modelului ce se poate descărca / printa de pe site-ul CASNT)

24) Numar de telefon, adresa e-mail, copie BI/CI pentru reprezentantul legal

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

NOTA 1

1. Documentele solicitate vor fi depuse obligatoriu în dosar, 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.
5. Toate documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "**conform cu originalul**" și prin **semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagina.**

NOTA 2

LISTA CU PERSOANE INSCRISE SI 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**

Atenție!!! Nerespectarea calendarului afisat pe site-ul CASNT, privind perioada depunerii documentelor atrage după sine neprelungirea contractelor. Încheierea de noi contracte se va putea desfășura doar în condițiile declansării unei perioade de contractare aprobate de conducerea CASNT în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

Reprezentant legal

Semnătura și stampila

.....

Data

Denumirea furnizorului.....

Sediul social / Adresa fiscala.....

Se aproba

Președinte - Director General

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/conventiei de furnizare de servicii medicale in asistenta
medicala primara, in Sistemul Asigurarilor Sociale de Sanatate, pentru anul
2017, cu CAS NT.

Data

Reprezentant legal

.....

(semnatura si stampila)

.....

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

comisie:

Jr. Dospinescu C.

Cons. Antonica C.

Cons. Mitrofan M.

Cons. Aanicai C.

Cons. Vrabie I.

Se avizeaza de legalitate

Denumirea furnizorului.....

.....

Sediul social / Adresa fiscala.....

.....

DECLARATIE

Subsemnatul (a),
legitimare (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)

.....

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 2017 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 2017 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

Reprezentant legal

Semnatura si stampila

.....

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:

- o 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:

- o 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),

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 persoana desemnata pentru relatia cu casa de asigurari de sanatate este:

.....

BI / CI serie...../nr.....

Mentionez ca unitatea si personalul respecta legislatia referitoare la protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date.

Anexez imputernicire legalizata.

Data

.....

Reprezentant legal

(semnatura si stampila)

.....

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.....

Denumirea
furnizorului **CMI Dr.**

Sediul social / Adresa
fiscala

DECLARAȚIE DE PROGRAM

Subsemnata C.I. Seria NT 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	DUMINICĂ	SĂRBĂTORI LEGALE
Locatia unde se desfasoara activitatea	cabinet						Nu	Nu	Nu
	teren						Nu	Nu	Nu
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,
Dr.

Denumirea
furnizorului

**DECLARAȚIE DE PROGRAM
PERSONAL MEDICAL**

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

Data

Reprezentant legal,

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
 GANIZEAZĂ 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 dr..... 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,
.....