



## CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE OLT

Aleea Muncii Nr. 1-3, Slatina, Olt	Nr.ord.com/an	989/1998
Tel: 0372756671, 0372756679	A.F./C.U.I.	11340121
Fax: 0372877480	Contul	RO67TREZ506261121603XXXXX
TEL VERDE: 0800.800.961	Banca	TREZORERIA SLATINA
E-mail: <a href="mailto:dircontr.casot@gmail.com">dircontr.casot@gmail.com</a>	Capital social	-

*Operator de date cu caracter personal, nr. 256*

**Nr. 8175 /30.03.2018**

### ÎN ATENȚIA

## **FURNIZORILOR DE DISPOZITIVE MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE ÎN AMBULATORIU**

### Având în vedere prevederile:

- Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019,
- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019,

**Casa de Asigurări de Sănătate Olt anunță contractarea dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale pentru anul 2018.**

**Procesul de contractare pe toate domeniile de asistență medicală se desfășoară în luna aprilie 2018.**

**Termenul limită pentru depunerea documentelor necesare încheierii contractelor de furnizare de dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu este 10 aprilie 2018.**

În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de dispozitive medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

a) să fie avizați de Ministerul Sănătății/Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, conform prevederilor legale în vigoare, cu excepția farmaciilor care dețin autorizație de funcționare emisă de Ministerul Sănătății în acest sens;

b) să fie evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

c) să transmită documentele la termenele stabilite pentru contractare.

**Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale:**

a) certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare și certificatul de înscriere de mențiuni cu evidențierea reprezentantului legal și a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activități pentru care se solicită intrarea în contract cu casa de asigurări de sănătate, dacă este cazul, sau actul de înființare conform prevederilor legale în vigoare;

b) contul deschis la Trezoreria Statului/bancă;

c) dovada de evaluare, pentru sediul social lucrativ și pentru punctele de lucru, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului; dovada de evaluare nu se depune la contractare de furnizorii care au evaluare în termen de valabilitate la data contractării. Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii noi, de furnizorii care au evaluarea făcută de altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul dorește să intre în relație contractuală, sau valabilitatea acesteia este expirată;

d) certificatul/certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale, emis/emise de Ministerul Sănătății/Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, ori documentele de înregistrare dintr-un stat membru din Spațiul Economic European și/sau declarația/declarațiile de conformitate CE, emisă/emise de producător - traduse de un traducător autorizat, după caz;

e) avizul de funcționare emis conform prevederilor legale în vigoare;

f) 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;

g) lista prețurilor de vânzare cu amănuntul și/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele prevăzute în contractul de furnizare de dispozitive medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

h) cerere/solicitare pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

i) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar 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;

j) programul de lucru:

1. sediul social lucrativ;

2. punctul de lucru, conform model anexat.

k) copie de pe actul constitutiv;

l) împuternicire legalizată pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relația cu casa de asigurări de sănătate, după caz;

m) copie de pe buletin/carta de identitate al/a reprezentantului legal/împuternicitului furnizorului și datele de contact ale acestuia;

n) declarație a reprezentantului legal al furnizorului conform căreia toate dispozitivele medicale pentru care se solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate corespund denumirii și tipului de dispozitiv prevăzut în pachetul de bază și respectă condițiile de acordare prevăzute în prezenta hotărâre și în norme, conform model anexa 2,

o) formularul privind personalul medico-sanitar, conform anexa 3,

p) declarație a reprezentantului legal al furnizorului conform căreia toate prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale contractate și transmise Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vederea calculării prețurilor de referință și a sumelor decontate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, sunt aceleași cu cele din lista prețurilor de vânzare cu amănuntul și/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele prevăzute în contractul de furnizare de dispozitive medicale încheiat cu CAS Olt, conform anexa 4,

q) declarație pe propria răspundere a 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 anexa 5.

Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

Documentele se transmit la adresa de e-mail: [ctrdm.casot@gmail.com](mailto:ctrdm.casot@gmail.com).

Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepția documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.

Președinte-Director General,  
Florin-Valentin CIOCAN



Director D.R.C.,  
Ec. Sorina OANCEA

Denumirea furnizorului .....

.....

Sediul social/Adresa fiscală .....

.....

punct de lucru .....

.....

### DECLARAȚIE DE PROGRAM

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 Asigurări de Sănătate ..... se desfășoară astfel:

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa/telefon/e-mail	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate**)							
		Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
Sediul social lucrativ									
Punct de lucru/punct secundar de lucru*)									
.....									

\*) 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:

nume și prenume .....

Semnătura electronică extinsă

.....

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a) ....., cod numeric personal .....,  
legitimă cu BI/CI, seria ..... nr. .... eliberat de ..... la data de  
..... în calitate de reprezentant legal al furnizorului de dispozitive medicale  
....., cod de înregistrare fiscală .....,

cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar  
pe proprie răspundere că toate dispozitivele medicale pentru care se solicită încheierea contractului cu  
CAS Olt corespund denumirii și tipului de dispozitiv prevăzut în pachetul de bază și respectă  
condițiile de acordare prevăzute în Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de  
servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a  
medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate  
pentru anii 2018-2019 și Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de  
Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul  
2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-  
cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a  
dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019.

Data,

.....

Reprezentant legal,

(semnătura electronică extinsă)

.....

Furnizor de dispozitive medicale  
Punct de lucru

Anexa 3

**FORMULAR PRIVIND PERSONALUL MEDICO-SANITAR**

**MEDICI**

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	Cod parafă	Specialitate	Asigurare de răspundere civilă

**ALT PERSONAL MEDICO SANITAR**

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	Specialitate	Asigurare de răspundere civilă

**Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor**

**Reprezentant legal**

Nume și prenume, semnătura electronică extinsă

**DECLARAȚIE**

**pentru desfășurarea activității în baza contractului încheiat cu CAS Olt pentru anul 2018**

Subsemnatul(a) ....., cod numeric personal .....,  
legitimat cu BI/CI, seria ..... nr. .... eliberat de ..... la data de  
..... în calitate de reprezentant legal al furnizorului de dispozitive medicale  
....., cod de înregistrare fiscală .....,

cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar  
pe proprie răspundere că toate prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale  
dispozitivelor medicale contractate și transmise Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vederea  
calculării prețurilor de referință și a sumelor decontate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate,  
sunt aceleași cu cele din lista prețurilor de vânzare cu amănuntul și/sau a sumelor de închiriere pentru  
dispozitivele prevăzute în contractul de furnizare de dispozitive medicale încheiat cu CAS Olt.

Data,

.....

Reprezentant legal,

(semnătura electronică extinsă)

.....



**DECLARAȚIE**

**pentru desfășurarea activității în baza contractului încheiat cu CAS Olt pentru anul 2018**

Subsemnatul(a) ....., cod numeric personal .....,  
legitimat cu BI/CI, seria ..... nr. .... eliberat de ..... la data de  
..... în calitate de reprezentant legal al furnizorului de dispozitive medicale  
....., cod de înregistrare fiscală .....,

cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar  
pe proprie răspundere că nu avem încheiate sau nu vom încheia pe parcursul derulării raporturilor  
contractuale cu CAS Olt 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 CAS Olt.

Data,

.....

Reprezentant legal,

(semnătura electronică extinsă)

.....