## OPIS 2019

**DOCUMENTE NECESARE PENTRU CONTRACTUL DE FURNIZARE DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENŢA MEDICALA PRIMARĂ**

|  |  |
| --- | --- |
| DOCUMENTUL | ***PAG.*** |
| Opis 2018 | **1** |
| * ***Dovada de evaluare*** a furnizorului, precum şi a punctului de lucru secundar, după caz, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia 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;
 |  |
| * ***Contul*** deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
 |  |
| * ***Codul de înregistrare fiscală*** - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărţii de identitate, după caz;
 |  |
| * ***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, cu excepția cabinetelor medicale individuale și a societăților cu răspundere limitată cu un singur medic angajat;
 |  |
| * ***Cererea/solicitarea*** pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
 |  |
| * ***Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România*** pentru fiecare medic 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, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează / avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;
 |  |
| * ***Certificatul de membru al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România (OAMGMAMR)*** pentru asistentul medical/sora medicală/moaşa care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează / avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;
 |  |
| * Copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici;
 |  |
| * Copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor;
 |  |
| * ***Programul de activitate al cabinetului*** şi al punctului de lucru/punctului secundar de lucru; programul de lucru al medicilor cu liste proprii de asigurați, precum și numărul de ore pe zi pentru medicii angajați în cabinete medicale individuale și pentru personalul medico-sanitar;
 |  |
| * ***Lista,*** în format electronic, cu persoanele înscrise pentru medicii nou-veniţi şi pentru medicii care au fost în relaţie 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, şi 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
 |  |
| * **Declaratie** Conform prevederilor art. 204 pct(3) din HG nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale , a medicamentelor si a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019
 |  |

 **NOTA 1 :**

Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului la adresa mf@casag.ro sau pe suport magnetic. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

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 excepţia documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă.

Medicii pentru a intra in relație contractuala cu casa de asigurări de sănătate trebuie sa destina semnătura electronica extinsa.

# CERERE

**DE ÎNCHEIERE A CONTRACTULUI DE FURNIZARE DE**

## SERVICII MEDICALE IN SISTEMUL DE ASIGURARI SOCIALE DE SANATATE – ASISTENŢĂ MEDICALĂ PRIMARĂ

 Subsemnatul(a)………………………………………….………...……. legitimat cu B.I./C.I. seria..........., nr....................., CNP ……………………………. , reprezentant legal al…………………………………………………………..cu sediul in localitatea ……………………………..….str…………………………nr……..jud. ………….……….. telefon ………………………..………………. fax…………………………………………… e-mail………………………………………….. cod fiscal ……………………...………....., solicit încheierea contractului de furnizare de servicii in asistenta………………………………………………..……………..…….…………

cu Casa de Asigurari de Sanatate Arges pentru anul 2019

Anexez dosarul cu documentele solicitate, conform opis-ului.

Mentionez ca AM / NU AM contract cu alta casa de asigurari de sanatate.

 Data Reprezentant legal Reprezentant legal

………………. ...........................................

**Domnului Presedinte-Director General al Casei de Asigurari de Sanatate a jud. Arges**

**ANEXA 45**

 Denumirea furnizorului ...................................................

 ..........................................................................

 Sediul social/Adresa fiscală .............................................

 ..........................................................................

 punct de lucru ....................................................

 ..........................................................................

**DECLARAŢIE DE PROGRAM**

 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 că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate ....................... se desfăşoară astfel:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|Locaţia unde | Adresa/| Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănăta te|

|se desfăşoară| telefon| \*\*) |

|activitatea | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| | |Luni |Marţi |Miercuri| Joi |Vineri |Sâmbătă|Duminică|Sărbători|

| | | | | | | | | |legale |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

|Sediu social | | | | | | | | | |

|**lucrativ** | | | | | | | | | |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

|Punct de | | | | | | | | | |

|lucru/**punct** | | | | | | | | | |

|**secundar de** | | | | | | | | | |

|**lucru**\*) | | | | | | | | | |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| ........... | | | | | | | | | |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

\*) se va completa în funcţie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situaţia în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menţionează distinct cu programul de lucru aferent.

 \*\*) pentru medicii de familie se completează distinct programul la cabinet şi programul la domiciliu.

 Data . Reprezentant legal

 …………… ...............................

Casa de asigurări de sănătate

Denumirea furnizorului...................................................................................................

.......................................................................................................................................

Sediul social/Adresa fiscală ..........................................................................................

.......................................................................................................................................

**DECLARAŢIE DE PROGRAM**

punct de lucru ....................................................

..........................................................................

Nume asistent 1............................................................ CNP........................................

Nume asistent 2............................................................ CNP........................................

Nume asistent 3............................................................ CNP........................................

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 că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate ....................... se desfăşoară astfel:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Locaţia unde se desfăşoară activitatea | Adresa / telefon | Program de lucru în contract cu  |
| casa de asigurări de sănătate \*\*) |
| Luni  | Marţi | Miercuri | Joi | Vineri | Sâmbătă | Duminică | Sărbători legale |
| Sediu social **lucrativ/**  | medic |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| asistent |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de lucru / **punct secundarde lucru** \*) | medic |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| asistent |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ................ |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

\*) se va completa în funcţie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situaţia în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menţionează distinct cu programul de lucru aferent

\*\*) pentru medicii de familie se completează distinct programul la cabinet și programul la domiciliu

Data Reprezentant legal

.....................

 ..............................

Denumirea furnizorului...............................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Sediul social / Adresa fiscala.....................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Declaratie

Conform prevederilor art. 204 pct(3) din HG nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale , a medicamentelor si a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019

Subsemnatul (a), ..........................................................................................

legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ............, nr. ..............., in calitate de reprezentant legal al furnizorului …………………………………………cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere, ca nu am incheiat sau nu voi incheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu Casa de Asigurari de Sanatate Arges contracte, conventii sau alte tipuri de întelegeri cu alti furnizori care se află în relatii contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiasi furnizor (denumire furnizor……………………………….), în scopul obtinerii de catre furnizorul de servicii medicale al carui reprezentant legal sunt sau de către personalul care îşi desfăsoară activitatea in cadrul acestuia, de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

 Data Reprezentant legal

...................... ................................................

 Numele in clar