Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

în asistenţa medicală pentru specialitatea medicină fizică şi de reabilitare în bazele de tratament pentru anul 2022

|  |  |
| --- | --- |
| Nr. Crt. | Document |
|  | cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; |
|  | a. dovada de evaluare a furnizorului, precum şi a punctului/punctelor de lucru secundar(e), după caz - pentru furnizorii care au această obligaţie conform prevederilor legale în vigoare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;  Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea făcută de altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul doreşte să intre în relaţie contractuală;  b. dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum şi a punctului/punctelor de lucru secundar(e), după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie conform prevederilor legale în vigoare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;  Dovada de acreditare se depune la contractare de furnizorii care nu au această obligaţie şi au optat să se acrediteze; |
|  | contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii; |
|  | codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal - 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 excepţia cabinetelor medicale individuale şi a societăţilor cu răspundere limitată, cu un singur medic angajat; |
|  | lista cu tipul şi numărul de aparate aflate în dotare; |
|  | programul de lucru al cabinetului al punctului de lucru/punctelor de lucru secundar(e), conform modelului prevăzut în norme; |
|  | lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care îşi desfăşoară activitatea în mod legal la furnizor, precum şi programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informaţii necesare încheierii contractului; |
|  | declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate conform modelului din norme; |
|  | certificat de membru al CMR, pentru fiecare medic care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical; |
|  | certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenţii medicali care îşi desfăşoară 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 şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical; |
|  | autorizaţie de liberă practică pentru fizioterapeuţi eliberată conform prevederilor legale. |

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 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/calificată.

Medicii, pentru a intra în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, trebuie să deţină semnătură electronică extinsă/calificată.

Către : Casa de Asigurări de Sănătate Covasna

Din partea:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr. Înreg. : \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERERE**

Subsemnatul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ în calitate de reprezentant legal al furnizorului \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu sediul social în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr.\_\_\_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adresa de email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicit încheierea contractului de **furnizare de servicii medicale în asistenţă medicală pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament pentru anul 2022** în condiţiile prevederilor din HG nr. 696/2021 *pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru* care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, precum şi cele ale Ordinului comun MS/CNAS pentru aprobarea *Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru*.

Împreună cu această cerere transmit documentele solicitate de către casa de asigurări de sănătate care stau la baza încheierii contractului conform prevederilor HG nr. 696/2021, **în format electronic asumate prin semnătură electronică**, cu excepția documentelor existente la nivelul CAS Covasna, depuse în procesele anterioare de evaluare/contractare, valabile la data prezentei cereri, documente pe care, mă oblig să le reînnoiesc pe toată perioada derulării contractului.

Reprezentant legal

(semnătură electronică extinsă/calificată)

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

**Denumirea furnizorului\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LISTA PRIVIND TIPUL SI NUMARUL APARATELOR AFLATE IN DOTARE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NR.  CRT. | DENUMIREA APARAT | Tip aparat | Nr. bucați |
| 1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |



**Denumirea furnizorului\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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 Covasna se desfăşoară astfel:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Locaţia unde se desfăşoară activitatea | Adresa / Telefon | Program de lucru în contact cu casa de asigurări de sănătate | | | | | | |
| Luni | Marţi | Miercuri | Joi | Vineri | Sâmbătă | Sărbători legale  (Da/Nu) |
| Sediul social lucrativ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de lucru |  |  |  |  |  |  |  |  |

Data semnătură electronică extinsă/calificată

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

**Denumirea furnizorului\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DECLARAŢIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE**

Subsemnatul(a), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ legitimat(ă) cu 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 am |\_| / nu am |\_| contract de furnizare de servicii medicale în asistență medicală pentru specialitate de **medicină fizică şi de reabilitare în bazele de tratament** şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti.



**DECLARAŢIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE**

Subsemnatul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, născut la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliat în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_, posesor al BI/CI, seria \_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, reprezentant legal al furnizorului \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe proprie răspundere că nu am încheiat şi nu voi încheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu CAS Covasna, contracte, convenţii sau alte tipuri de înţelegeri cu alţi furnizori care se află în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate şi nici în cadrul unităţii medicale pe care îl reprezint , în scopul obţinerii de către subsemnatul sau personalul angajat, de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Dau prezenta declaraţie în baza art. 204, alin. (2), din Anexa 2 la HG nr. 696/2021, fiind necesară la dosarul de contractare a serviciilor medicale pentru anul 2022.

Data semnătură electronică extinsă/calificată

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

**A. STRUCTURA DE PERSONAL**

**CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRATĂ ÎN CONTRACT ŞI SĂ FUNCŢIONEZE SUB INCIDENŢA ACESTUIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr.  crt. | NUME ŞI  PRENUME | CNP | CI | Cod parafa (după caz) | Certificat/Autorizaţie de liberă practică  eliberat/eliberată de  Organizaţia profesională/ Autoritatea competentă,  după caz \* | | | Specialitatea  \*\* | Atestat de studii complementare | | Grad profesional | | Asigurare de răspundere civilă | | | | Documentul care atestă forma de angajare la furnizor | | | Program de lucru/zi (interval orar:  ora de început-ora de final)\*\*\* | Total ore/  săptămâna |
| Serie  şi nr. | Număr | Data  eliberării | Data  Expirării  \*\*\*\* | Denumirea studiilor | Din  DATA | Grad  profesional | Din  DATA | Număr | Valoare | Data eliberării | Data  expirării | Tip contract  (CIM/PFA/PFI,etc.) | Număr  contract | Din  DATA |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* se completează pentru toate categoriile de personal care intră sub incidenţa contractului (medici, biologi medicali/biologi,chimişti medicali/chimişti,biochimişti medicali/biochimişti,fizicieni,bioingineri,cercetători ştiinţifici în anatomie-patologică,absolvenţi colegiu imagistică medicală,fizioterapeuţi,psihologi, etc)

\*\* se completează în situaţia în care un medic are mai multe specialităţi confirmate prin ordin al ministrului

\*\*\*programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidenţiază şi sărbătorile legale

\*\*\*\* se completează cu data expirării avizului anual

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte.

Programul de lucru al personalului de specialitate care îşi desfășoară activitatea la furnizor trebuie să fie in concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru.

Răspundem de legalitatea, realitatea şi exactitatea datelor sus menţionate

**Reprezentantul legal al furnizorului,**

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

semnătură electronică extinsă/calificată

**B.STRUCTURA DE PERSONAL**

**PERSONAL MEDICO-SANITAR (ASISTENTA/SORĂ MEDICALĂ/MOAŞĂ) -**

**CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ŞI SĂ FUNCŢIONEZE SUB INCIDENŢA ACESTUIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr.  crt | Nume şi Prenume | CNP | CI | Certificat  eliberat de organizaţia profesională | | | Specialitatea | Asigurare de răspundere civilă | | | | Documentul  care atestă forma de angajare la furnizor | | | PROGRAM DE LUCRU/ZI(interval orar-ora de început-ora de final)\* | Total ore/săptămâna |
| Serie şi nr. | Număr | Data eliberării | Data expirării | Număr | Valoare | Data eliberării | Data expirării | Tip contract (CIM/PFA/PFI,etc.) | Număr contract | Din data |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidenţiază şi sărbătorile legale

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte.

Programul de lucru al personalului de specialitate care îşi desfășoară activitatea trebuie să fie în concordanţă cu programul de lucru declarat pentru sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru

Răspundem de legalitatea, realitatea şi exactitatea datelor sus menţionate

**Reprezentantul legal al furnizorului,**

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

semnătură electronică extinsă/calificată

**C. STRUCTURA PERSONAL**

**PERSONAL CONEX CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ŞI SĂ FUNCŢIONEZE SUB INCIDENŢA ACESTUIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NR.  CRT. | NUME ŞI PRENUME | CNP | CI | Aviz /Atestat de liberă practică | | Atestat de studii complementare \* | | Documentul care atestă forma de angajare la furnizor | | | PROGRAM DE LUCRU/ZI  (interval orar-ora de început-ora de final)\*\* |
|
| Serie şi nr. | Data eliberării | Data  expirării | Denumirea studiilor  complementare | Din  data | Tip contract  (CIM/PFA/PFI,ETC) | Număr  contract | Din  data |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*atestat de studii complementare se completează doar în cazul asistenţelor medicale unde se solicită

\*\* programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidenţiază şi sărbătorile legale

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte:

Programul de lucru al personalului de specialitate care îşi desfășoară activitatea trebuie să fie in concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru.

Răspundem de legalitatea, realitatea şi exactitatea datelor sus menţionate

**Reprezentantul legal al furnizorului,**

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

semnătură electronică extinsă/calificată