**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE JUDEŢ CONSTANŢA**



***Bd. Mamaia Nr. 57, Constanta – 900590***

***Tel. . 0372.82.59.17; 0372.82.59.26; 0372.82.59.27***

***Email:*** *[evalfurniz@casct.ro](mailto:evalfurniz@casct.ro)*

**DOSARUL DE EVALUARE - CABINETE MEDICALE DE MEDICINA DE FAMILIE, CABINETE MEDICALE DE SPECIALITATE, CENTRE MEDICALE, CENTRE DE DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT ŞI CENTRE DE SĂNĂTATE**

Furnizorii a cǎror decizie de evaluare expirǎ şi care doresc reînnoirea deciziei de evaluare în vederea continuării relaţiilor contractuale sunt invitaţi sǎ depunǎ documentele necesare unei noi evaluǎri, **cu 30 de zile anterior datei expirǎrii deciziei de evaluare.**  **Documentele solicitate, certificate conform cu originalul pe fiecare pagină, îndosariate în dosar cu sină, se vor depune la secretariatul comisiei de evaluare**, din sediul **CAS Constanța (camera 14**), in ordinea prezentata mai jos:

**a)** **Cererea de evaluare (model tipizat)** adresată comisiei de evaluare constituită la nivelul casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială își desfășoară activitatea, **al cărei model este prevăzut în Anexa 1;**

**b)** **dovada plății taxei de evaluare**, în cuantum de **1.000 RON** **pentru fiecare cabinet medical din** **structură** aflat în mediul urban, respectiv **250 RON** pentru fiecare cabinet medical din structură aflat în mediul rural .

Plata taxei de evaluare se va face către **Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, cod fiscal 11322621**, în contul **nr. RO30TREZ23126360550XXXXX, deschis la Trezoreria Mun. CONSTANȚA**, conform Ordinului nr.106/2015

Precizare: Ordin de plată cu viza băncii / ordin de plată online+extras cont /factura+chitanța pentru plata la oficiul poștal, cu menționarea specialității pentru care se plătește taxa de evaluare.

**c)** **Dosar de evaluare** care, pe lângă documentele prevazute la lit. a) si b), conține **copii ale următoarelor documente:**

c1**. Certificat de înmatriculare la Registrul Comerțului**, **act constitutiv** și **certificat constatator** - pentru sediu/punct de lucru, după caz - pentru entitățile juridice organizate cfm. L 31/1990 cu modificările și completările ulterioare;

c2. **Certificat de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale**, eliberat de Direcția de Sănătate Publică - pentru cabinetele medicale organizate conform O.G. nr. 124/1998 și **Certificat de Avizare + Anexa la Certificatul de avizare;**

c3. **Codul de înregistrare fiscală (CIF)**

c4. **Contul** deschis la Activitatea de Trezorerie și Contabilitate Publică județeană și/sau contul deschis la bancă;

c5. **Autorizația sanitară de funcționare** cu strucura funcțională aprobată și Procesul-verbal.

Precizare: Pentru cabinetele medicale care funcționează în cadrul centrelor medicale, se va atașa și schița/plan cabinet.

c6. **Polița de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical** **pentru furnizor,** conform Ordin CNAS nr. 346/2006, cu modificările și completările ulterioare;

c7. **Dovada deținerii spațiului** în care se desfășoară activitatea pentru care se solicită evaluarea;

Precizare: Ia contractele de inchiriere/comodat se prezintă contractul inițial și act adițional pentru prelungire valabilitate.

c8. **Dovada contractului pentru colectarea și distrugerea deșeurilor** cu risc biologic.

Precizare: Ia contractele de colectare deșeuri se prezintă contractul inițial și act adițional pentru prelungire valabilitate- pentru punctul de colectare evaluat / actul adițional pentru introducerea unui punct de colectare nou (evaluare pentru punct de lucru nou).

**d)** **Declarație pe proprie raspundere**, conform modelului anexat, prin care își asumă prin semnatură pe fiecare pagină realitatea, exactitatea și legalitatea datelor cuprinse în:

d1. **Chestionarul de autoevaluare** privind indeplinirea standardelor si a criteriilor de evaluare conform categoriei de furnizor din care face parte. Chestionarul se va semna si stampila**\*** pe fiecare pagina;

Precizare: se va utiliza **doar** formularul standard al chestionarului de autoevaluare.

d2**. Tabelul cu datele de identificare ale personalului care își desfășoară activitatea la furnizor** conform modelului anexat;

Precizare: se vor completa toate rubricile din tabel cu informaiile cerute

d3**. Tabel care conține denumirea aparaturii medicale din dotare**, conform modelului anexat**;**

Precizare: se vor completa toate rubricile din tabel cu informaiile cerute

Programul de primire dosare de evaluare:

LUNI 9 - 12

MARTI 13 – 16

MIERCURI 13 – 16

JOI 9 - 12

Informatii Tel .0372.825922, e-mail. [evalfurniz@casct.ro](mailto:evalfurniz@casct.ro)

***\*****Conform prevederilor art. V alin. (1) din OG nr.17/2015, modificate și completate prin art. VII din OUG nr. 49/2017, Ordinul MS/CNAS nr.876/824/2017 - începand cu data de 30 iulie 2017, furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale precum și furnizorii de servicii medicale, medicamente, materiale specifice, dispozitive medicale și altele asemenea acordate în cadrul programelor naționale de sănătate curative - persoane fizice, persoane juridice de drept privat sau entități fără personalitate juridică – nu au obligația de a aplica ștampila pe declarații, cereri, contracte sau orice alte documente sau înscrisuri depuse la casa de asigurari de sănătate ori emise sau încheiate în relația cu casa de asigurări de sănătate.*