

**CASA DE ASIGURARI DE SANATATE A JUDETULUI GORJ**

Str.Prahova, nr.5, Targu Jiu, Gorj, Romania – cod postal: 210126

E-mail: office@casgorj.ro

Tel.: 0253 223 940 / 0253 223 950

casj-gj@casgorj.ro

0353 805 872 / 0353 805 873

Fax: 0253 223 621

TelVerde: 0800 800 963

Operator de date cu caracter personal numarul: 374

N

NR. 18081/22.09.2015

În atenția,**FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE DIN
ASISTENȚA MEDICALA AMBULATORIE – SPECIALITATI CLINICE-**

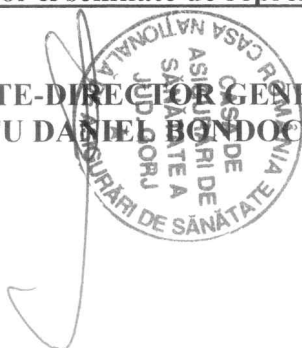
Pentru desfășurarea acțiunii de contractare din perioada 29.09.2015-02.10.2015 și având în vedere prevederile Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015 și ale Ordinului ministrului sanatații și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. 400/2014 vă invităm să depuneți la sediul C.A.S.J. Gorj următoarele documente necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale clinice:

NR. CRT.	OPIS
1	<input type="checkbox"/> Cerere tip de intrare în relații contractuale pe anul 2015 cu C.A.S. GORJ conform modelului anexat. Cererea va purta număr de înregistrare de la furnizorul de servicii medicale
2	<input type="checkbox"/> Dovada contului în Trezoreria Statului pentru S.R.L. și spitale <input type="checkbox"/> Dovada contului în Bancă pentru C.M.I.
3	<input type="checkbox"/> 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.
4	<input type="checkbox"/> Codul unic de identificare fiscală-cod unic de înregistrare
5	<input type="checkbox"/> Dovada de evaluare a furnizorului în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
6	<input type="checkbox"/> Certificatul (certIFICATELE) de membru al Colegiului Medicilor Gorj a medicului/medicilor, vizat pe anul 2015 valabil la data încheierii contractului și certificat de membru la O.A.M.G.M.A.M.R. pentru personalul mediu sanitar care desfășoară activitate în cabinetul medical, valabil la data încheierii contractului
7	<input type="checkbox"/> 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.

8	Dovada asigurării de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului.
9	<input type="checkbox"/> Copie a documentului care atesta gradul profesional pentru medici ;
10	<input type="checkbox"/> Declarația pe propria raspundere a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale în care să specifice dacă mai are contract cu altă Casă de Asigurări de Sănătate pentru servicii medicale clinice conform modelului anexat
11	<input type="checkbox"/> Declarația pe propria raspundere a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale privind reînnoirea documentelor din dosarul de contractare conform modelului anexat
12	<input type="checkbox"/> Copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizor
13	<input type="checkbox"/> Copie a actului de identitate pentru medici si pentru personalul medico-sanitar;
14	<input type="checkbox"/> Programul de activitate al cabinetului și punctului de lucru, programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor conform modelului anexat
15	<input type="checkbox"/> Lista privind evidenta bolnavilor cu afectiunile cronice prevazute in norme(afectiunea,CNP, data intrarii)-anexa 2D (HTA,diabetul zaharat tip II,dislipidemie,BPOC,astm bronsic,boala cronica de rinichi)
16	<input type="checkbox"/> Declaratie pe propria raspundere ca nu sunt in evidenta bolnavi cu afectiuni cronice conform modelului anexat
17	<input type="checkbox"/> Lista criteriilor de incadrare a cabinetelor medicale in functie de conditiile in care se desfasoara activitatea;
18	<input type="checkbox"/> Dovada detinerii legale a aparaturii necesare efectuării procedurilor specifice acolo unde este cazul;
19	<input type="checkbox"/> Declaratie pe propria raspundere ca nu au incheiat si nu incheie conventii sau alte tipuri de intelegere cu alti furnizorii in scopul obtinerii de foloase/beneficii de orice natura conform modelului anexat
20	<input type="checkbox"/> Tabel care să conțină data de expirare a valabilității pentru următoarele documente: asigurări MALPRAXIS pentru societate și personal angajat, VIZA de la Colegiul Medicilor Gorj si OAMMR pentru personalul angajat,decizia de evaluare , <u>conform model anexat</u>

- 1. Nu sunt acceptate dosarele incomplete.**
- 2. Documentele solicitate vor fi depuse obligatoriu în dosar în ordinea menționată mai sus.**
- 3. Toate documentele depuse în copie vor purta, pe fiecare pagină, mențiunea „conform cu originalul” și vor fi semnate de reprezentantul legal și stampilate.**

PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL
EC.TITU DANIEL BONDOC



DIRECTOR DIRECTIA RELATII CONTRACTUALE
EC. DANIEL CONSTANTIN SURLEA

COMPARTIMENT R.F.P.
EC. ALINA CARUNTU

FURNIZOR:

LOCALITATEA:

NR. INREGISTRARE FURNIZOR:

Domnule Președinte-Director General

Subsemnatul (a), reprezentant legal al....., aflat la adresa, str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul....., cu punct de lucru in str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul....., telefon....., fax..... adresă e-mail.....cu certificat de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale.....nr.....autorizația sanitară de funcționare nr.....,decizia de evaluare nr...../.....cont nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont nr.....deschis la Banca....., cod fiscal, va rog a-mi aproba incheierea contractului de furnizare de servicii medicale clinice, specialitatea pentru anul 2015.

Data

.....

Semnătura și ștampila rotundă

.....

Domnului Președinte-Director General al CASJ Gorj

FURNIZOR:

LOCALITATEA:

DECLARATIE,

Subsemnatul (a), în calitate de reprezentant legal al, aflat la adresa, str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul....., cunoscând prevederile art. 326 din Codul Penal privind falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că nu am în evidență bolnavi cu afecțiuni cronice conform anexei 2D(HTA,diabetul zaharat tip II,dislipidemie,BPOC,astm bronșic,boala cronică de rinichi).

DATA

SEMNATURA SI ȘTAMPILA

FURNIZOR:
LOCALITATEA:

DECLARATIE,

Subsemnatul (a), în calitate de reprezentant legal al, aflat la adresa, str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul....., cunoscând prevederile art. 326 din Codul Penal privind falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că:

-mă oblig să actualizez documentele a căror valabilitate expiră pe parcursul derulării contractului încheiat cu C.A.S. Gorj pentru anul 2015.

-mă oblig să înaintez la C.A.S. Gorj documentele reînnoite, înainte de data expirării.

-mă oblig să comunic în termen de 5 zile lucrătoare la C.A.S. Gorj orice modificare a condițiilor inițiale în baza cărora furnizorului i-a fost încheiat contractul.

DATA

SEMNATURA SI ȘTAMPILA

FURNIZOR:
LOCALITATEA:

DECLARAȚIE

Subsemnatul (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 am / nu am contract
de furnizare de servicii medicale clinice și cu:

- Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice,
Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești
- Casa de Asigurări de Sănătate

Declar pe propria raspundere ca medicii care sunt inclusi in
contract figureaza/nu figureaza in alt tip de contract cu CAS GJ.

DATA

SEMNATURA SI ȘTAMPILA

Denumirea furnizorului

Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE DE PROGRAM

Punct de lucru.....

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	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Marți	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
(semnătura și ștampila)
.....

FURNIZOR: LOCALITATEA:

I. 1. Condițiile în care se acordă asistența medicală:

a) distanța cea mai mare între punctele extreme ale unității administrativ – teritoriale deservite (comună / oraș cu un număr de pînă la 10.000 locuitori*):

*) comună, oraș – se analizează unitatea administrativ-teritorială în care funcționează sediul cabinetului medical / punctul de lucru al cabinetului medical și cuprinde atât suprafața intravilană cât și cea extravilană.

(i) 7 □ 12 km

2 puncte

(ii) peste 12 km

4 puncte

b) deplasarea la domiciliul beneficiarilor de servicii medicale:

b1) drumuri neasfaltate și nepietruite în proporție de peste 50%

4 puncte

b2) drumuri cu diferență de nivel de peste 200 m**)

8 puncte

**) punctajul se acordă numai dacă există drumuri cu diferență de nivel de peste 200 m în cadrul zonei deservite.

Notă: Se acordă punctaj în conformitate cu prevederile de la lit. b1) și/sau lit. b2), după caz, cabinetelor medicale / punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din zonele de deal și de munte.

c) dispersia populației din zona în care se desfășoară activitatea:

(i) densitatea populației 75 □ 150 locuitori/km²

2 puncte

(ii) densitatea populației sub 75 locuitori/km²

4 puncte

Total punctaj acordat: Minimum 2 puncte Maximum 20 puncte

2. Posibilități de sprijin în furnizarea de servicii medicale:

Distanța rutieră dintre localitatea unde se află sediul cabinetului medical / punctului de lucru al cabinetului medical și localitatea cea mai apropiată unde se află o structură de primire a urgențelor (UPU/CPU) din cadrul aceluiași județ care respectă criteriile stabilite prin Ordin al ministrului sănătății privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor:

a) 20 – 40 km

4 puncte

b) 41 – 60 km

6 puncte

c) peste 60 km

8 puncte

Total punctaj acordat: Minimum 4 puncte Maximum 8 puncte

3. Pentru cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice din mediul rural și din mediul urban pentru orașele cu un număr de pînă la 10.000 de locuitori

20 puncte

Total punctaj acordat: Minimum 0 puncte Maximum 20 puncte

4. Pentru cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, organizate în localități / zone din mediul rural și din mediul urban (pentru orașele cu un număr de pînă la 10.000 locuitori) deficitare din punct de vedere al prezenței medicilor de specialitate pentru specialități clinice ***)

20 puncte

***) localitățile/zonle deficitare din punct de vedere,

al prezenței medicilor de specialitate pentru specialități clinice,

se stabilesc potrivit contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Total punctaj acordat: Minimum 0 puncte Maximum 20 puncte

Procentul total de majorare a numărului de puncte realizat în cazul asistenței medicale de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, pentru condițiile în care se desfășoară activitatea, este:

a) între 75 și 78 de puncte 100%

b) între 61 și 74 puncte 71% □ 97%

c) între 41 și 60 puncte 40,5% □ 69%

d) între 2 și 40 puncte 1% □ 39%

Procentul de majorare pentru fiecare dintre intervalele prevăzute la lit. a) – d) se calculează proporțional cu punctajul obținut de cabinetul medical pentru condițiile în care se desfășoară activitatea, astfel:

2.1. procent de 100% pentru intervalul prevăzut lit. a);

2.2. procent de 2% pentru fiecare punct obținut peste limita inferioară pentru intervalul prevăzut la lit. b);

2.3. procent de 1,5% pentru fiecare punct obținut peste limita inferioară pentru intervalul prevăzut la lit. c).

2.4. procent de 1% pentru fiecare punct obținut peste limita inferioară pentru intervalul prevăzut la lit. d).

DATA

SEMNATURA SI ȘTAMPILA



CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI GORJ
Str. Prahova nr.5, Tg.-Jiu, cod 210126, Gorj, România
e-mail: office@casgorj.ro
Tel.: 223.940 / 223.950; Fax: 223.621

Nr. /

DECLARAȚIE,

Subsemnatul (a) _____, în calitate de reprezentant legal al _____, aflat la adresa, str. _____, nr. __, bl. __, sc. __, et. __, ap. __ localitatea _____ județul _____, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal, privind falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că nu am încheiat și nu voi încheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu casa 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 foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

DATA

SEMNATURA ȘI ȘTAMPILA ROTUNDĂ

