

Furnizori care doresc intrarea in relatie contractuala in anul 2015

OPIS

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- 1 - cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.,
- 2- dovada de evaluare a furnizorului nr., valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- 3- dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr., valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- 4- cont nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca, agenția.....
- 5- cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal
- 6- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare,
- 7- 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,
- 8- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care este inregistrat in contract functioneaza sub incidenta acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personal asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
- 9- dovada plății la zi a contribuției la Fondul 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,
- 10- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic, valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului,
- 11- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical/sora medicală/moasa valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului,
- 12- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici,
- 13- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor,
- 14 - copie a actului de identitate pentru medici și asistenții medicali,
- 15 - programul de activitate al cabinetului și punctului de lucru/ punct secundar de lucru,
- 16 - programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar,
- 17 - lista în format electronic, cu persoanele înscrise pentru medicii nou veniți și pentru medicii care au fost în relație 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, și 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,

18 - declarație pe propria răspundere privind corectitudinea listei persoanelor înscrise la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformității și valabilității acesteia, conform modelului prevăzut Anexa 2B la Norme

19 - lista în format electronic a bolnavilor cu afecțiunile cronice conform evidenței organizate la nivelul cabinetului, conform Anexei 2D la Norme

20 declarație pe propria răspundere din care să rezulte că furnizorul nu are încheiate și nici nu v-a încheia pe parcursul derulării relațiilor contractuale cu casa de asigurări de sănătate carasă severin contracte, convenții sau alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori care se află în relații contractuale cu CAS CS sau în cadrul aceluiași furnizor-

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

Documentele se vor transmite și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului.

Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor

ACT ADIȚIONAL pentru serviciile medicale paraclinice – ecografiile generale (abdomen și plvis) efectuate de medicii de familie.

NOTA: În perioada de contractare pot surveni modificări și completări la documentele necesare, care vor fi anunțate în timp util.

Catre,
Casa de Asigurari de Sanatate Caras Severin

Cabinetul/unitatea medical/ă, având forma de organizare :

- cabinet individual
- cabinete grupate
- cabinete asociate
- societate civilă medicală
- cabinet organizat ca persoană juridică (SRL)
- organizatie, fundatie, asociatie de binefacere
- unitate sanitara publica

cu certificat de înregistrare in registrul unic al cabinetelor medicale nr....., autorizația sanitară nr....., având sediul în....., str.....nr....., bloc....., sc....., et....., ap....., sect., telefon....., fax....., cod unic de înregistrare/ cod fiscal/CNP de identificare fiscală....., cont nr..... deschis la Trezoreria statului in localitate.....sau cont nr.deschis la Banca..... decizie de evaluare/ decizie provizorie de evaluare pentru furnizarea de servicii medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate nr. / 200..., ofer spre contractare următoarele servicii:

- asistență medicală primara
- asistență medicală in ambulatoriul de specialitate – specialitati clinice
- asistență medicală in ambulatoriul de specialitate –specialitati paraclinice
- asistență medicală in ambulatoriul de specialitate – medicina dentara
- asistență medicală spitaliceasca
- asistență medicală de urgenta si transport sanitar
- servicii de ingrijiri la domiciliu
- medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu
- dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente
- asistenta medicala de recuperare

Odată cu prezentul formular și anexă acestuia depun și dosarul complet cu documentele solicitate în vederea contractării

Menționez că am / nu am contract cu altă Casă de asigurări de sănătate (denumirea Casei de asigurări de sănătate).....

Răspund de exactitatea datelor ,

Reprezentant legal (nume, prenume, semnatura)

L.S.

.....

**Denumirea
furnizorului**.....
.....

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

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 ca programul de lucru în
contract cu Casa de Asigurări de Sănătate.....se desfășoară astfel:

Locatia unde se desfasoara activitate	Adresa/telefon	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbăt ă	Duminică	Sarbatori legale
Sediu social									
Teren									
Punct de lucru*									
Teren									
Program de lucru asistent medical									

** 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*

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

Data

.....

Reprezentant legal
(semnatura si stampila)

.....

Furnizor de servicii medicale
Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE

Subsemnatul*1 (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 lista cuprinzând persoanele înscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, depusă în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2015 este valabilă și conformă cu evidențele proprii existente la data de*2

Subsemnatul*3 (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 lista/listele cuprinzând persoanele înscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale depusă/depuse în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2015 este/sunt valabilă/valabile și conformă /conforme cu evidențele proprii existente la data de*4, pentru următorii medici de familie:

.....
.....

NOTĂ:

*1 Pentru cabinetele medicale individuale

*2, *4 Se va trece data la care a încetat termenul de valabilitate a contractului anterior

*3 Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale:

- cabinet asociat sau grupat
- societate civilă medicală
- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit Legii societăților nr. 31/1990 republicată, cu modificările și completările ulterioare
- cabinet care funcționează în structura sau în coordonarea unei unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie

Data

.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)

ANEXA 2 D

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Localitate

Județ

Medic de familie

.....

(nume prenume)

CNP medic de familie.....

**LISTA PERSOANELOR CU AFECȚIUNI CRONICE PENTRU CARE SE
ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL
MEDICULUI DE FAMILIE**

Nr.crt	Cod numeric personal/Cod unic de asigurare/Număr de identificare personal	Vârsta	Data intrării în evidența medicului de familie
1. HTA			
1			
2			
...			
2. Diabetul zaharat tip II			
1			
2			
...			
3 Dislipidemie			
1			
2			
...			
4. BPOC			
1			
2			

...			
5. Astm bronșic			
1			
2			
...			
6. Boală cronică de rinichi			
1			
2			
....			

*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică. Pentru asigurații 0 - 1 an se va completa vârsta în luni.

NOTE:

1. În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.

2. În cazul medicului de familie, evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.

3. În cazul medicului de specialitate din ambulatoriu, evidența cuprinde toate persoanele monitorizate conform prevederilor legale în vigoare și care se prezintă pentru consultație la medicul de specialitate respectiv, în vederea controlului periodic.

4. Formularul se transmite în format electronic la casa de asigurări de sănătate în vederea contractării, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale.

5. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Data:

Denumirea furnizorului.....

Sediul social / Adresa fiscala.....

DECLARATIE

Subsemnatul (a),

legitimat (a) cu B.I./C.I. seria, nr., 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 CASMB, 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 sigurări de sănătate.

Data

.....

Reprezentant legal

Numele in clar,

(semnatura si stampila)

.....

