

**DOCUMENTE NECESARE PENTRU INCHEIEREA CONTRACTELOR IN ASISTENTA
MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE
(INCLUSIV PENTRU SERVICII MEDICALE DE MEDICINA FIZICA SI DE REABILITARE)
AN 2024**

1. Cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate **-conform modelului;**
2. a. dovada de evaluare a furnizorului, precum și a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligație potrivit prevederilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația 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 dorește să intre în relație contractuală;
- b. dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum și a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligație potrivit prevederilor art. 249 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale Legii nr. 185/2017, cu modificările și completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
Dovada de acreditare se depune la contractare de furnizorii care nu au această obligație și au optat să se acrediteze;
3. Contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
4. Codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărții de identitate, după caz;
5. 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, cu excepția cabinetelor medicale individuale și societăților cu răspundere limitată, cu un singur medic angajat;
6. Lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, (conform Anexa 49_1 și Anexa 49_2). Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului;
7. Programul de activitate al cabinetului/punctului de lucru/punctelor de lucru secundare, după caz, (conform Anexa 45 din norme), programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar ;
8. Actul doveditor privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice, inclusiv furnizorul de îngrijiri paliative în ambulatoriu și furnizorul de servicii de sănătate conexe actului medical, din care să reiasă și calitatea de prestator de servicii în cabinetul de practică organizat potrivit prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, cu modificările și completările ulterioare și, după caz, potrivit prevederilor Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare, respectiv potrivit prevederilor Legii nr. 229/2016, cu modificările ulterioare; pentru psihologi se va solicita și certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, potrivit prevederilor Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare; pentru fizioterapeuți, se va solicita și autorizație de liberă practică, respectiv aviz anual eliberat potrivit prevederilor Legii nr. 229/2016, cu modificările ulterioare și documentul care atestă pregătirea profesională pentru drenajul limfatic manual, după caz;
9. Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România însoțit de avizul anual 2023 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 și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează / avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

10. Certificatul de membru al OAMGMAMR insotit de avizul anual 2024 pentru asistentul medical/soră medicală/moasa care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează / avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;
11. Copie după structura avizată/aprobată conform reglementărilor în vigoare, pentru unitatea sanitară ambulatorie.
12. Copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici;
13. Actele doveditoare care să conțină: datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii de sănătate conexe actului medical, avizul de liberă practică sau atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România, după caz, programul de lucru și tipul serviciilor conform prevederilor din norme;
14. Certificat de competența pentru medicii care încheie acte adiționale pentru servicii medicale paraclinice, după caz;
15. Documentul prin care se atestă competența de îngrijiri paliative, după caz.
16. Declarația pe propria răspundere a furnizorului conform **Anexei 1**;
17. Declarație program activitate medici conform **Anexei 2**;
18. Pentru medicii care au implinit vârsta de pensionare, **avizul anual** eliberat de Direcția de Sănătate Publică și Colegiul Medicilor conform art.391, alin (8), din Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare (**dacă este cazul**);
19. Furnizorii care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate și pentru furnizarea de servicii medicale în scop diagnostic - caz, la contractare vor transmite pe lângă documentele și următoarele documente:
 - a. copie a contractului încheiat cu un laborator de referință dintre cele prevăzute în Ordinul ministrului sănătății privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică în vigoare;
 - b. copie după structura aprobată/avizată conform prevederilor legale în vigoare, din care să rezulte că furnizorul are în structură laborator de investigații medicale paraclinice;
 - c. copie după structura aprobată/avizată a furnizorului, din care să rezulte că are în structură maternitate, precum și documentul de clasificare al maternității.

NOTA:

1. Documentele solicitate în procesul de contractare din anii 2022 și 2023 sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepția documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.
2. Medicii pentru a intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate trebuie să dețină semnătură electronică extinsă/calificată.
3. Toate documentele solicitate, necesare încheierii contractelor, se transmit în format electronic (pdf) asumate fiecare în parte prin semnătură electronică extinsă-calificată a reprezentantului legal al furnizorului, la adresa de e-mail contractare@cassv.ro. Subiectul e-mail-ului transmis va conține numele furnizorului și tipul de asistență (specialități clinice) pentru care se solicită contract. Numele fisierului/documentului transmis va conține CODUL UNIC DE INREGISTRARE (CUI) al furnizorului și denumirea documentului scanat. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.
4. Lipsa oricărui document sau transmiterea de documente expirate și/sau incorecte precum și depășirea termenului de depunere atrage după sine respingerea acestora și implicit neîncheierea contractului.

Denumire furnizor

Nr..... din

DOMNULE DIRECTOR GENERAL,

Subsemnatul/a _____
reprezentant/a legal al/a

- Cabinetului medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- Unitatii medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- Unitatii sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie ;
- Ambulatoriului de specialitate, ambulatoriul integrat, organizat potrivit prevederilor Ordinului ministrului sanataii publice nr. 39/2008 privind reorganizarea ambulatoriului de specialitate al spitalului, inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv a spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești;
- Centrului de diagnostic și tratament, centrul medical și centrul de sănătate multifuncțional - unități medicale cu personalitate juridică;
- Unitatii sanitare fără personalitate juridică din structura spitalului
- Cabinet de îngrijiri paliative organizat conform dispozițiilor legale în vigoare;
- Societati de turism balnear si de medicina fizica si de reabilitare, constituite potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care indeplinesc conditiile prevazute de Ordonanta de urgenta a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea si functionarea societatilor comerciale de turism balnear si de recuperare, aprobata cu modificari si completari prin Legea nr. 143/2003;

avand denumirea _____ ,
cu sediul social în municipiul/orașul _____, str. _____,
nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județul _____,
telefon fix /fax _____, telefon mobil _____ adresa e-mail
de corespondenta (obligatoriu) _____, înregistrata la
Registrul Comertului _____, codul unic de înregistrare nr. _____,
având contul nr. _____, deschis la
Trezoreria statului _____, sau contul nr. _____, deschis
la Banca _____.

vă rog sa aprobați încheierea contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice cu CAS Suceava pe anul 2024, pentru următoarele puncte de lucru/cabinete/specialitati clinice:

1.PUNCT DE LUCRU cu sediul in _____,
str. _____ nr....., bl....., sc., județul....., telefon
fix/fax _____, cu dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale

de sănătate nr... ..emisa în data.....,pentru următoarele cabinete/specialitati clinice

1.Cabinet medical de (specialitatea/servicii conexe)_____ cu sediul in _____, str. _____ nr....., bl...., sc.județul....., telefon fix/fax _____, cu dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr..... ..emisa in data.....,

2.Cabinet medical de (specialitatea/servicii conexe)_____ cu sediul in _____, str. _____ nr....., bl...., sc.județul....., telefon/fax _____, cu dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr..... ..emisa in data.....,

2.PUNCT DE LUCRU cu sediul in _____, str. _____ nr....., bl...., sc.județul....., telefon fix/fax _____, cu dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr... ..emisa în data.....,pentru următoarele cabinete/specialitati clinice:

1.Cabinet medical de (specialitatea/servicii conexe)_____ cu sediul in _____, str. _____ nr....., bl...., sc.județul....., telefon fix/fax _____, cu dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr..... ..emisa in data.....,

2.Cabinet medical de (specialitatea/servicii conexe)_____ cu sediul in _____, str. _____ nr....., bl...., sc.județul....., telefon/fax _____, cu dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr..... ..emisa in data.....,

Sub sancțiunile prevăzute de Codul penal privind falsul în declarații și uzul de fals, declar pe propria răspundere ca documentele transmise sunt conform cu realitatea și în termen de valabilitate.

Reprezentant legal,
(semnatura electronica extinsă-calificată)

Furnizor de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate

.....
Sediul social/Adresa fiscala

Declarație

Subsemnatul (a),
CNP, CI seria, nr., în calitate de reprezentant legal al
....., cunoscând că falsul în declarații se pedepsește
conform legii, **declar pe propria răspundere** că:

Furnizorul

Nu are încheiate și nu va încheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu casele 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 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 asigurări de sănătate.

Data

Reprezentant legal al furnizorului
Semnatura,

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Sediul social / Adresa fiscală

DECLARAȚIE

Subsemnatul (a) _____
legitimat (ă) cu B.I. / C.I. seria _____ nr. _____ în
calitate de medic, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe
propria răspundere că nu sunt cuprins în contract de furnizare de servicii medicale și cu
alte case de asigurări de sănătate.

Declar programul de lucru orar la toate locurile de muncă unde îmi desfășor
activitatea :

Angajator _____	Angajator _____	Angajator _____
Luni _____	Luni _____	Luni _____
Marți _____	Marți _____	Marți _____
Miercuri _____	Miercuri _____	Miercuri _____
Joi _____	Joi _____	Joi _____
Vineri _____	Vineri _____	Vineri _____

Data

Medic
(Semnătura și parafa)

Denumirea furnizorului

Sediul social/Adresa fiscală

punct de lucru

DECLARAȚIE DE PROGRAM

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.

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

Data

Reprezentant legal:
 nume și prenume
 semnătura

Program de activitate medic:

Locatia unde se desfasoara activitatea	Nume Medic	Program de lucru in contract cu casa de asigurari de sanatate **)							
		Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminica	Sarbatori legale
Sediu social lucrativ									
Punct de lucru/punct secundar de lucru *									

Program de lucru asistenti:

Locatia unde se desfasoara activitatea	Nume asistent	Program de lucru							
		Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminica	Sarbatori legale
Sediu social lucrativ								
Punct de lucru/punct secundar de lucru *								

Data

Reprezentant legal:
nume și prenume
semnătura

B. STRUCTURA DE PERSONAL
PERSONAL MEDICO-SANITAR (ASISTENTA/SORĂ MEDICALĂ/MOAȘĂ) -
CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ȘI SĂ FUNCȚIONEZE SUB INCIDENȚA ACESTUIA

Nr. crt.	Nume și Prenume	CNP	CI	Certificat eliberat de organizația profesională			Specialitatea	Asigurare de răspundere civilă				
				Serie și nr.	Număr	Data eliberării		Data expirării	Număr	Valoare	Data eliberării	Data expirării

*programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidențiază și sărbătorile legale in ANEXA 49_2

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

Programul de lucru al personalului de specialitate care își desfășoară activitatea trebuie să fie în concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediu

Răspundem de legalitatea, realitatea și exactitatea datelor sus menționate

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

semnătură electronică extinsă/calificată

FURNIZOR SERVICII MEDICALE :

PUNCT DE LUCRU :

LISTA CU PERSOANALUL MEDICAL ANGAJAT SI PROGRAMUL DE LUCRU - 2023

MEDICI

Nr crt	Nume Prenume	CNP	Documentul care atestă forma de angajare la furnizor			Program de lucru* (interval orar: ora de început-ora de final)							Total ore/ săptămâna
			Tip contract (CIM/PFA/PFI, etc.)	Număr contract	Din DATA	luni	marti	miercuri	joi	vineri	sam.	dum.	

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

**Raspundem de realitatea si exactitatea datelor
Reprezentant legal al furnizorului**

.....
(semnatura electronica extinsă-calificată)