

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI GORJ**

Str. Grivița nr.30, Tg.-Jiu, cod 210126, Gorj, România

e-mail: office@casgorj.ro

Tel.: 223.940 / 223.950; Fax: 223.621

Nr. 8799 / 22.06.2011

**În atenția*****FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE DE  
SPECIALITATE RECUPERARE-REABILITARE A SĂNĂTĂȚII***

Pentru desfasurarea acțiunii de contractare pentru anul 2011 și având în vedere prevederile Hotărârii Guvernului nr. 1389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările și completările ulterioare și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 864/538/31.05.2011 pentru aprobarea Normelor metodologice pentru anul 2011 de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, vă invităm să depuneți la sediul CAS Gorj, în perioada 10.06.2011 – 15.06.2011, următoarele documente necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale:

NR. CRT.	Document
1	<input type="checkbox"/> Opisul completat de fiecare furnizor.
2	<input type="checkbox"/> Cerere tip pentru intrarea în relație contractuală pe anul 2011 cu C.A.S. GORJ. Cererea va purta număr de înregistrare de la furnizorul de servicii medicale.
3	<input type="checkbox"/> Anexa 1 completată pentru fiecare medic.
4	<input type="checkbox"/> Certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, pentru furnizorii organizați conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de forma lor de înființare și organizare, respectiv actul de înființare sau organizare, după caz.
5	<input type="checkbox"/> Copie după actul constitutiv al societății.
6	<input type="checkbox"/> Autorizația sanitară de funcționare ( pentru CMI sau spitale) sau raportul de inspecție (pentru SRL) eliberat de autoritatea de sănătate publică, prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege.
7	<input type="checkbox"/> Dovada de evaluare a furnizorului în sistemul asigurărilor de sănătate, valabilă la data încheierii contractului.
8	<input type="checkbox"/> Codul unic de înregistrare fiscală .
9	<input type="checkbox"/> Cont deschis la Trezoreria statului ( pentru SRL și spitale) sau la banca (pentru CMI).
10	<input type="checkbox"/> Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului.
11	<input type="checkbox"/> Dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare, valabilă la data depunerii cererii în vederea încheierii contractului pe 2011.
12	<input type="checkbox"/> Declarația de program a furnizorului ( conform modelului anexat).

13	<input type="checkbox"/> Lista cu personalul de specialitate care își exercită profesia la furnizor și programul de lucru al acestuia ( pe zile și ore, conform modelului anexat).
14	<input type="checkbox"/> Dovada prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor (contract de muncă al personalului medico-sanitar angajat ).
15	<input type="checkbox"/> Certificat de membru al Colegiului Medicilor vizat pe anul 2011 pentru medici si certificatul de membru la O.A.M.G.M.A.M.R. pentru personalul mediu sanitar care își exercită profesia la furnizor.
16	<input type="checkbox"/> Documentul care atestă gradul profesional, pentru medici ( ordin de confirmare al gradului profesional eliberat de către MS ),
17	<input type="checkbox"/> Copie a actului de identitate pentru medici si personalul mediu sanitar.
18	<input type="checkbox"/> Lista cu tipul și numărul de aparate aflate în dotare ( conform modelului anexat) .
19	<input type="checkbox"/> Declarația pe proprie raspundere a reprezentantului legal cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurari de sanatate ( conform modelului anexat).
20	<input type="checkbox"/> Declarație pe proprie raspundere a medicului cu privire la contractele in baza carora isi desfasoara activitatea ( conform modelului).
21	<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
22	<input type="checkbox"/> Oferta de servicii medicale-consultații și a numărului de cazuri de recuperare-reabilitare a sănătății conform modelului.

**NOTA :**

1. Nu sunt acceptate dosare 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.
4. Declarația de program cu avizul conform al Direcției de Sănătate Publică se depune la Casa de Asigurări de Sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.
5. Toată durata programului de lucru declarat al cabinetului și al bazei de tratament va fi acoperită prin prezența unui medic de specialitate de recuperare, medicină fizică și balneologie.

**PREȘEDINTE-DIRECTOR GENERAL**

*Ec. Gheorghe Cocină*

**Director Direcția Relații Contractuale,**

*Ec. Daniel Șurlea*

**Comp. R.F.P.,**

*Ec. Lavinia Bulugean*

