

MINISTERUL AFACERILOR INTERNE
DIRECȚIA MEDICALĂ



CENTRUL MEDICAL JUDEȚEAN
CONSTANȚA

NESECRET

Nr. 4321349

Data 11.06.2015

Exemplar nr.

APROB,
ȘEFUL C.M.J. CONSTANȚA
Comisar șef medic
Dr. Ciulea Rodica

ANUNT

În vederea încheierii de contracte de prestări servicii farmaceutice pentru anul 2015 privind decontarea contribuției personale din contravaloarea medicamentelor pentru asigurații M.A.I. (polițiști activi și pensionați, cadre militare active și pensionari militari) aflați pe listele de pacienți ale Centrului Medical Județean Constanța, reprezentanții legali ai farmaciilor din județul Constanța aflate în contract cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. sunt invitați în data de 23.06.2015 la sediul Centrului Medical Județean Constanța în vederea depunerii documentelor de contract.

Contractele de prestări servicii vor avea valabilitate până la 31.12.2015, inclusiv. Beneficiarul are dreptul de a prelungi contractul de prestări servicii pentru o perioadă de până la 6 (șase) luni de la data de 31.12.2015 și pentru situații temeinic justificate cu maxim încă o lună de zile.

I. Condiții generale ale contractului:

- Să respecte prevederile legale în vigoare care reglementează funcționarea farmaciilor comunitare;
- Să presteze serviciul numai pentru categoria de asigurați pentru care a fost încheiat contractul
 - a. cadrele militare active ale M.A.I. și funcționarii publici cu statut special (polițiștii și cei asimilați acestora);
 - b. elevii și studenții unităților de învățământ ale M.A.I.;
 - c. militarii în rezervă concentrați, indiferent de grad, ai M.A.I.;
 - d. pensionari militari ai M.A.I, polițiștii pensionari și cei asimilați lor, precum și soțul/soția acestora;
 - e. persoanele private de libertate din aresturile poliției;
 - f. membrii de familie ai cadrelor militare în activitate ale M.A.I., polițiștilor și funcționarilor publici asimilați acestora (soțul, soția, copiii și părinții aflați în întreținerea legală a acestora).
- Să elibereze medicamentele numai pentru prescripțiile medicale eliberate de medicii menționați în anexa nr. 1;
- Să presteze serviciul numai în limita fondurilor lunare alocate prin contract.
- Denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al prestatorului sau al achizitorului se face printr-o notificare scrisă și motivată, cu înștiințarea celeilalte părți cu cel puțin 30 de zile înainte de data propriu-zisă pentru încetarea contractului.

2. Condiții aplicabile pentru eliberarea medicamentelor cuprinse în Lista medicamentelor decontate de Casele de asigurări de sănătate:

- Să respecte prevederile art. 141 din HG nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015;
- Să acopere nevoile asiguraților prioritar cu medicamentele care au prețul cu amănuntul maximal pe unitate terapeutică cel mai mic, în cadrul aceleiași D.C.I.;
- Să elibereze medicamentul care are prețul cu amănuntul maximal pe unitate terapeutică cel mai mic, în cadrul aceleiași D.C.I.;
- Se obligă să obțină consimțământul asiguratului în cazul în care eliberează la solicitarea acestuia, alt medicament decât cel oferit de farmacie în condițiile prevederilor contractuale;
- Să întocmească documentele justificative în vederea decontării medicamentelor eliberate: copie față și verso a prescripției medicale taxate, bonul fiscal în original, borderoul centralizator al prescripțiilor medicale cu înscrierea numărului de ordine a bonului fiscal și a datei de eliberare a medicamentelor, factura cu suma aferentă contribuției personale, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face decontarea;

3. Condiții aplicabile pentru eliberarea medicamentelor înregistrate la Agenția Națională a Medicamentului și prevăzute în Nomenclatorul medicamentelor și produselor biologice de uz uman al Ministerului Sănătății, necuprinse în Lista medicamentelor decontate de Casele de asigurări de sănătate:

- Furnizorii de servicii farmaceutice **au obligația de a nu elibera** de pe rețetele gratuite tip M.A.I. medicamente care se află pe sublistele de medicamente compensate ale C.N.A.S. (A, B și C - secțiunile C1, C2 și C3), precum și medicamentele care nu sunt prevăzute în Nomenclatorul medicamentelor și produselor biologice de uz uman al Ministerului Sănătății și înregistrate la Agenția Națională a Medicamentului.
- Să întocmească documentele justificative în vederea decontării medicamentelor eliberate: exemplarul nr. 1 al prescripției medicale tip M.A.I. taxate, bonul fiscal în original, borderoul centralizator al prescripțiilor medicale cu înscrierea numărului de ordine a bonului fiscal și a datei de eliberare a medicamentelor, factura cu suma aferentă contribuției personale, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face decontarea;
- Să presteze serviciul numai în limita fondurilor lunare alocate prin contract.

4. Date despre documentele ofertei; depunerea și modul de prezentare a acestora:

- **Documentele solicitate:**
 - a) Cerere tip (formular nr. 1);
 - b) Copie contract de furnizare de medicamente încheiat cu CASAOPSNAJ valabil pentru 2015;
 - c) Lista farmaciilor/punctelor farmaceutice aflate în relație contractuală cu CASAOPSNAJ (formular nr. 3);
 - d) Împuternicire (formular nr. 4);
 - e) Declarație pe propria răspundere (formular nr. 2);
- 1.1. **Data limită pentru încheierea contractului: data de 23.06.2015, începând cu ora 10.00, până la data de 23.06.2015, ora 15.00.**

- 1.2. **Adresa unde se vor încheia contractele:** Centrul Medical Județean Constanța, bd. Mamaia, nr. 273, Constanța.
- 1.3. **Formularul de contract va fi pus la dispoziția solicitanților de către beneficiar la data prezentării la sediul acestuia.**

5. Condiții eliminatorii:

- 1.4. Depunerea întârziată a ofertei;
- 1.5. Neprezentarea tuturor documentelor menționate la **pct. 4** sau prezentarea necorespunzătoare a acestora;
- 1.6. Neacceptarea de către ofertant a condițiilor prezente la pct. I și II.;

Întocmit,

Comisar de poliție

Stan Nicoleta

FORMULAR nr. 1
OPERATORUL ECONOMIC

(denumirea/numele)

CERERE

Către CENTRUL MEDICAL JUDEȚEAN CONSTANȚA

Subsemnații, reprezentanți ai ofertantului:

(denumirea/numele ofertantului) ne oferim ca, în conformitate cu prevederile și cerințele cuprinse în anunțul privind contractarea serviciilor farmaceutice pentru anul 2015, să prestăm serviciul farmaceutic de prelucrare a rețetelor eliberate pentru asigurații din M.A.I. pentru care se va încheia contractul cu privire la decontarea contribuției personale din contravaloarea medicamentelor care sunt înregistrate la Agenția Națională a Medicamentului și sunt prevăzute în Nomenclatorul medicamentelor și produselor biologice de uz uman al Ministerului Sănătății, necuprinse în Lista medicamentelor decontate de Casele de asigurări de sănătate, pentru asigurații din M.A.I., suportată din bugetul ministerului.

Data ____/____/____

_____, în calitate de _____, legal autorizat să semnez
(semnătura)

oferta pentru și în numele _____
(denumirea/numele operatorului economic)

DECLARAȚIE

Subsemnatul, reprezentant împuternicit
(denumirea/numele și sediul/adresa candidatului/ofertantului)

declar pe propria răspundere ca am capacitatea și mă oblig să adaptez programul informatic de calculator astfel încât să se poată întocmi borderoul centralizator al prescripțiilor medicale tip M.A.I. cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal și a datei de eliberare a medicamentelor, implicit și rubrica în borderou în care să fie specificat adaosul comercial practicat.

De asemenea declar pe propria răspundere în cadrul consiliului de administrație/organului de conducere ori de supervizare că nu există membri și/sau acționari ori asociați, persoane care sunt soț/soție, rudă sau afîn până la gradul al patrulea inclusiv ori care se află în relații comerciale, astfel cum sunt acestea prevăzute la art. 69 lit. a) din Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 36/2006 cu modificările și completările ulterioare, cu persoane ce dețin funcții de decizie în cadrul autorității contractante.

Data _____/_____/_____

(semnătură)

(denumirea/numele ofertantului)

FORMULAR NR. 3

LISTA FARMACIILOR AFLATĂ ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CASAOPSNAJ

Subsemnatul,..... reprezentant împuternicit

(denumirea/numele si sediul/adresa ofertantului) declar pe propria răspundere că farmaciile menționate mai jos se află în relație contractuală cu CASAOPSNAJ

Nr. crt.	Denumire farmacie	Adresă farmacie

Data _____ / _____ / _____

(semnătura)

(denumirea/numele ofertantului)

ÎMPUTERNICIRE

Subscrisa, S.C. _____ S.R.L. cu sediul social în
str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____,
et. _____, ap. _____, mun. _____, jud. _____, CUI
_____, nr. de ordine în Registrul Comerțului: J _____ / _____ / _____,
prin administrator și/sau asociat/asociat unic _____,
împuternicesc prin prezenta pe dl./dna. _____,
domiciliată în str. _____, nr. _____, bloc _____, sc. _____, etaj _____,
ap. _____, oraș _____, jud. _____, să îndeplinească
formalitățile necesare în vederea participării la procedura de achiziție de servicii
farmaceutice organizată de C.M.J. Constanța.

Reprezentantul nostru va putea reprezenta în fața organelor competente, va face toate formalitățile necesare, va formula cereri, va da declarații, va depune și ridica actele necesare îndeplinirii prezentului mandat, va achita taxe în caz de nevoie și va semna pentru mine și în numele meu oriunde va fi necesar, în limitele prezentului mandat, semnătura sa fiindu-ne opozabilă.

Data: _____

Reprezentant legal: _____

(nume, prenume, semnătura și ștampila)

ANEXA NR. 1

LISTA MEDICILOR PRESCRIPTORI DIN CADRUL C.M.J. CONSTANȚA

Nr. crt.	Nume și prenume medic prescriptor	Codul de parafa
1	Axente Sergiu Lilian	D73603
2	Anghel Florin Mihail	D73242
3	Coltoman Ligia Panseluta	D73724
4	Cristache Cecilia	D73740
5	Dascalu Valerian	D73837
6	Jelescu Verginia	D74077
7	Poara Maria Marilena	D74093
8	Tomescu Atanase eugen	637151
9	Coman Adriana	D73732
10	Ciulea Rodica	D73660
11	Fagaras Alina Elena	D74003
12.	Buga Cezarina	D86943

